



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO DE
PESSOAS COM OBESIDADE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO:
PROJETO - ECOASUS-PE**

MARIA CAROLINA TENÓRIO VIEIRA ROCHA RAMOS

**RECIFE/PE
2024**

MARIA CAROLINA TENÓRIO VIEIRA ROCHA RAMOS

**GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO DE
PESSOAS COM OBESIDADE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO:
PROJETO - ECOASUS-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição na área de concentração de Nutrição e Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Vanessa Sá Leal
Coorientadora: Prof^a. Dr^a Nathalia Paula de Souza

RECIFE/PE
2024

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Ramos, Maria Carolina Tenório Vieira Rocha.

Gestão das ações de alimentação e nutrição para o cuidado de pessoas com obesidade em municípios de Pernambuco: projeto - ECOASUS-PE / Maria Carolina Tenório Vieira Rocha Ramos. - Recife, 2024.

132f.: il.

Orientação: Vanessa Sá Leal.

Coorientação: Nathalia Paula de Souza.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Programas e Políticas Alimentação e Nutrição; 2. Gestão em saúde; 3. Obesidade; 4. Alimentação e nutrição; 5. Atenção básica. I. Leal, Vanessa de Sá. II. Souza, Nathalia Paula de. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MARIA CAROLINA TENÓRIO VIEIRA ROCHA RAMOS

GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO DE
PESSOAS COM OBESIDADE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO: PROJETO
ECOASUS-PE

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Nutrição do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, na área de concentração
Nutrição em Saúde Pública, como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Nutrição.

Aprovado em: 30 / 07 / 2024.

BANCA EXAMINADORA

Juliana Souza Oliveira
Prof^a. Dr^a. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Fernanda C. de Lima Pinto Tavares
Prof^a/Dr^a Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Ana Coelho de Albuquerque
Prof^a. Dr^a. Ana Coelho de Albuquerque (Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

“A educação é um ato de amor e, por isso, um ato de coragem.”
Paulo Freire

A Deus, pela graça da vida
Aos meus filhos, Arthur e Maria Isabella, minha fonte inesgotável de amor
Ao meu amor e companheiro, Lucas, por todo apoio durante toda a caminhada
Aos meus pais, Múcio e Iolanda, por sempre acreditarem em mim

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por ser meu refúgio nos momentos de aflição e por me conduzir em todos os seus planos.

Aos meus filhos, *Arthur e Isabella*, por serem minha força transformadora diária, por serem compreensivos quando precisei ser ausente, por terem me escolhido e me deixarem exercer minha maior e melhor missão: a de mãe. Amo vocês com toda força!

Ao meu amor e companheiro de uma vida toda, *Lucas*. Gratidão por toda compreensão, pelo suporte e apoio, por fazer companhia nas madrugadas de estudo, por estar sempre presente na minha vida e na dos nossos filhos! Te amo imensamente.

Ao meu pai, *Múcio (in memoriam)*, por todo amor e carinho de uma vida toda. Pelos ensinamentos passados, pelas heranças afetivas deixadas em cada lembrança. Um homem de uma inteligência nata, simples, mas que sempre valorizou os estudos e vibrou com cada conquista minha. *Conseguí, pai!* A minha mãe *Iolanda*, essa representação de força e luta. Por me mostrar que através da educação podemos tudo. Obrigada por serem essa referência de vida. Amo vocês.

A minha família, Dodó, Vovô Miguel, Vovó Dinda e Vovô Bida (*in memoriam*), meus avós amados, por terem me proporcionado uma infância feliz. Ao meu irmão Christovam e minha cunhada Polly, aos meus tios amados, que sempre me acolheram com carinho e amor, em especial, a minha Tia Ione (Sá Ione, que saudades...). Aos meus primos, irmãos de uma vida toda, amo vocês!

Aos meus sogros Sérgio (*in memoriam*) e Roseana pelo apoio e incentivo.

A minha orientadora, Vanessa, por ser essa referência em Saúde Pública, por ser calma em momentos de desespero, por ser condutora desse processo com sabedoria, simplicidade e compreensão. Meu muito obrigada!

A minha coorientadora, Nathalia, por ser essa potência, por ser escuta, por ser acolhimento. Sem vocês duas, não seria possível.

Às minhas amigas e aos amigos que me acompanharam durante esse tempo, sempre me incentivando!

A minha turma de mestrado, 2022.1, com quem dividi aulas online e aulas presenciais. Em especial a Luciana, Taís, Marcele e Letycia pelas trocas e ajuda nos momentos finais.

A minha banca de qualificação, Prof^a Juliana Oliveira, Prof^a Rísia Menezes e Prof^a Fernanda Tavares pelas contribuições maravilhosas.

À professora Sonia Lucena, que lá na graduação plantou a sementinha das políticas públicas na área da nutrição e me inspira até hoje.

Ao professor Pedro, pelo acolhimento e momentos de leveza nos encontros no departamento de Nutrição. Referência desde o tempo da graduação.

A toda equipe que fez parte do ECOASUS e que pode ser fruto do meu objeto de estudo.

Aos professores da Pós-graduação em Nutrição pelos ensinamentos e trocas de experiências nas aulas remotas, presenciais e seminários.

Ao Programa de Pós-graduação em Nutrição por todo suporte, durante esse período.

A UFPE, minha casa acadêmica, pelo ensino público, gratuito e de qualidade.

À CAPES, pelo fomento à pesquisa em cursos de pós-graduações do Brasil.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), que resiste bravamente, e pode promover saúde e cuidado ao povo brasileiro!

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra, participaram desse momento e vibraram com essa conquista, gratidão!

RESUMO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), importante política pública na área de alimentação e nutrição no Brasil, traz a obesidade como um dos maiores desafios para o contexto da saúde coletiva. As ações para prevenção e cuidado dos indivíduos com obesidade podem e devem ser realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde (ABS), por meio de estratégias efetivas, abordagens inovadoras adequadas ao contexto e atenção integral ao usuário. Este estudo tem como objetivo analisar a gestão das ações de alimentação e nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ótica de gestores da ABS de municípios localizados no estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo-exploratório, realizado no período de julho a setembro de 2021. Faz parte do estudo “Processos Formativos Para o Enfrentamento e Cuidado da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco – ECOASUSPE”, e a amostra foi composta por 59 gestores/coordenadores responsáveis pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição da gestão municipal. Para análise da organização da atenção nutricional e da gestão das ações de alimentação e nutrição dos municípios integrantes do estudo, foi utilizado instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde, composto por questionário eletrônico semiestruturado e autoaplicável dirigido aos gestores municipais da PNAN. A base de dados formada, foi construída por meio do software Excel e analisada por meio de frequências simples, utilizando-se o software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 13.0 for Windows. Os resultados mostraram que 34% dos municípios fazem parte da área do Agreste, 31% do Sertão, 25% da Zona da Mata e 10% da Região Metropolitana do Recife (RMR). Os cargos da gestão das ações de alimentação e nutrição estavam ocupados por mulheres (81,4%), enfermeiras (66,1%), pretas/pardas/indígenas (55,9%). Dentre os municípios avaliados, 57,6% não possuíam coordenação para gerenciamento das ações de alimentação e nutrição na Secretaria Municipal de Saúde. Por outro lado, 44% dos municípios apontaram que realizam ações de alimentação e nutrição de forma intersetorial com as secretarias de Assistência Social (87,8%), Educação (85,7%) e Segurança Alimentar (71,4%). A caracterização da gestão financeira e orçamentária da área técnica de alimentação e nutrição mostrou que 64,4% dos municípios não participam do planejamento e do acompanhamento da gestão dessa atividade e não promovem reuniões com a área responsável pelo orçamento (59,3%). Os resultados demonstram a necessidade de fortalecimento da organização do processo de trabalho, planejamento, execução e avaliação das ações de alimentação e nutrição na ABS, além do fomento à articulação intersetorial e gestão orçamentária e financeira. Para além dessas questões, implementar em cada município, a Política Municipal de Alimentação e Nutrição, parece ser uma estratégia assertiva para o enfrentamento da obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: obesidade; alimentação e nutrição; gestão em saúde; atenção básica; programas e políticas alimentação e nutrição

ABSTRACT

The National Food and Nutrition Policy (PNAN), an important public policy in the field of food and nutrition in Brazil, highlights obesity as one of the biggest challenges in the context of public health. Actions for the prevention and care of individuals with obesity can and should be carried out within the scope of Primary Health Care (PHC) through effective strategies, innovative approaches appropriate to the context, and comprehensive user care. This study aims to analyze the management of food and nutrition actions aimed at the care of people with obesity from the perspective of PHC managers in municipalities located in the state of Pernambuco. This is a cross-sectional descriptive-exploratory study conducted from July to September 2021. It is part of the study "Training Processes for Confrontation and Care of Obesity within the SUS in Pernambuco – ECOASUSPE," and the sample consisted of 59 managers/coordinators responsible for the Technical Area of Food and Nutrition in municipal management. For the analysis of the organization of nutritional care and the management of food and nutrition actions in the municipalities participating in the study, a pre-prepared instrument by the Ministry of Health was used, consisting of a semi-structured and self-applied electronic questionnaire directed at municipal PNAN managers. The database created was built using Excel software and analyzed using simple frequencies, utilizing the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 13.0 for Windows software. The results showed that 34% of the municipalities are part of the Agreste region, 31% of the Sertão, 25% of the Zona da Mata, and 10% of the Metropolitan Region of Recife (RMR). The positions of management of food and nutrition actions were occupied by women (81.4%), nurses (66.1%), black/mixed-race/indigenous individuals (55.9%). Among the evaluated municipalities, 57.6% did not have coordination for managing food and nutrition actions in the Municipal Health Department (SMS). On the other hand, 44% of the municipalities reported carrying out food and nutrition actions in an intersectoral manner with the Social Assistance (87.8%), Education (85.7%), and Food Security (71.4%) departments. The characterization of the financial and budgetary management of the technical area of food and nutrition showed that 64.4% of the municipalities do not participate in the planning and monitoring of the management of this activity and do not promote meetings with the area responsible for the budget (59.3%). The results demonstrate the need to strengthen the organization of work processes, planning, execution, and evaluation of food and nutrition actions in PHC, in addition to fostering intersectoral articulation and financial and budgetary management. Beyond these issues, implementing the Municipal Food and Nutrition Policy in each municipality seems to be an assertive strategy for tackling obesity and other NCDs.

Keywords: obesity; food and nutrition; health management; basic care; food and nutrition programs and policies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAN- Área de Alimentação e Nutrição
ABS – Atenção Básica em Saúde
APS– Atenção Primária em Saúde
ATAN – Area Técnica de Alimentação e Nutrição
BFS – Bolsa Família na Saúde
CAAN – Coordenação de Alimentação e Nutrição
CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA- Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional
DM- Diabetes Mellitus
DCNTs- Doença Crônica não Transmissíveis
DHAA- Direito Humano a Alimentação Adequada
EAAB – Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAN- Fundo de Alimentação e Nutrição
FGV- Fundação Getúlio Vargas
GBD- *Global Burden of Disease*
IMC- Índice de Massa Corpórea
LCZO- Linha de Cuidados de Sobrepeso e Obesidade
MS-Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAE- Política de Alimentação Escolar
PNAN– Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição
PSE- Programa Saúde na Escola
POF-Pesquisa de Orçamentos Familiares
RAS- Rede de Atenção à saúde
RT-Responsável Técnico
RMR –Região Metropolitana de Recife
SAN– Segurança Alimentar e Nutricional
SISAB- Sistema de Saúde da Atenção Básica
SISAN- Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN– Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VAN-Vigilância Alimentar e Nutricional

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Percentual de participação dos municípios por área geográfica de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021.....**Página 37**

TABELA 1: Perfil técnico dos gestores da área de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021.....**Página 37**

TABELA 2: Caracterização da área técnica de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.....**Página 38**

TABELA 3: Percepção dos gestores sobre a governança das ações e metas das áreas técnicas de Alimentação e Nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.....**Página 39**

TABELA 4: Percepção dos gestores sobre o planejamento e gestão de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021.....**Página 40**

GRÁFICO 2: Participação dos sistemas de informação em saúde para vigilância das ações de Alimentação e Nutrição na atenção básica de Pernambuco-Brasil-Projeto ECOASUS-PE, 2021.....**Página 41**

TABELA 5: Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas técnicas dos municípios de Pernambuco-Brasil-Projeto ECOASUS-PE, 2021.....**Página 42**

GRÁFICO 3: Setores com os quais a gestão de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais em Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021.....**Página 42**

GRÁFICO 4: Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas com maior frequência de forma intersetorial nos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS_PE, 2021..... **Página 44**

TABELA 6: Participação da área de alimentação e nutrição no planejamento e gestão intersetorial representando a Secretaria de Saúde em Pernambuco-Brasil-PROJETO ECOASUS-PE, 2021.....**Página 44**

TABELA 7: Qualificação da força de trabalho e estratégias de formação para prevenção e controle de sobrepeso e obesidade em Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021.....**Página 45**

TABELA 8: Gestão orçamentária e financeira das ações de Alimentação e Nutrição nos municípios em Pernambuco-Brasil, Projeto ECOASUS-PE, 2021..... **Página 47**

TABELA 9: Ações da área da Alimentação e Nutrição que receberam a alocação de recursos financeiros em 2019 em Pernambuco-Brasil, Projeto ECOASUS-PE, 2021.... **Página 48**

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2.INTRODUÇÃO.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Obesidade: conceito, prevalência e carga da doença	18
3.2 Perfil alimentar e nutricional da população no Brasil e em Pernambuco	23
3.3 Políticas públicas de enfrentamento a obesidade, com ênfase nas Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica em Saúde.....	25
3.3.1 Vinte anos da PNAN: Avanços e desafio.....	29
4. JUSTIFICATIVA	32
5. HIPOTESE.....	33
6. OBJETIVOS.....	33
6.1 Objetivo geral.....	33
6.2 Objetivo específico	33
7. MÉTODOS.....	33
7.1 Área do estudo e público alvo.....	34
7.2 Coleta de dados e instrumentos de pesquisa.....	35
7.3 Análise dos dados	36
7.4 Considerações Éticas	36
8. RESULTADOS	36
8.1 Perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e Nutrição dos municípios	34
8.2 Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios.....	43
8.3 Gestão financeira e orçamentária.....	46
9. DISCUSSÃO	49
10. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES	67
ANEXOS.....	113

1. APRESENTAÇÃO

Para os interessados na leitura desta dissertação faço aqui uma breve apresentação da minha trajetória acadêmica e profissional que me levaram ao mestrado acadêmico em Nutrição em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Nutrição (PPGN) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Concluí o curso de graduação em Nutrição nesta universidade, no ano de 2006, após um período de 4 anos desenvolvendo várias atividades acadêmicas, dentre elas a monitoria na disciplina de técnica dietética e aluna de iniciação científica na área de fisiologia da nutrição, na qual pude me aproximar da pesquisa científica e rendendo frutos como artigos em revistas nacionais e internacionais, além de trabalhos premiados em congressos.

Durante a graduação, a disciplina de Nutrição em Saúde Pública foi a que mais me chamou atenção, e assim desejava atuar nessa área após o recebimento do diploma. Atuei por algum tempo em outras áreas até ser convidada a trabalhar no Programa de Alimentação Escolar do Estado de Pernambuco. No período de 8 anos atuando na gestão, planejamento e execução desse programa, foi possível conhecer a magnitude de uma política pública que consegue mudar a vida de muitos alunos, público alvo desse programa, como também a vida de agricultores familiares que levam comida de verdade para escolas.

Após essa experiência, pude vivenciar as políticas públicas na área da saúde, quando fui coordenadora do SISVAN e integrei uma equipe do NASF no município de Camaragibe-PE. Durante esse período, me tornei especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) e tutora da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) do Ministério da Saúde, participei de cursos, congressos, conselhos municipais de saúde que me despertaram o desejo de atuar e estudar sobre a gestão em saúde. O desejo de ingressar no mestrado aconteceu depois de atuar como preceptora de Estágio de Saúde Pública numa ONG em Santo Amaro, onde coordenava estudantes de nutrição do 8º período a desenvolverem atividades de Educação nutricional para crianças e suas famílias, muitas delas em vulnerabilidade social.

Essa dissertação é oriunda do projeto de pesquisa: Processos Formativos para o Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco (ECOASUS - PE), que surgiu a partir de uma chamada do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN

de número 26/201 e foi coordenado pelo Professor Pedro Israel Cabral de Lira, no qual participei como tutora do curso para profissionais da UBS dos municípios de Pernambuco.

Escolher o objeto deste estudo, me fez refletir quais seriam as políticas públicas mais consolidadas nos municípios, e com os casos crescentes de obesidade e DCNT como estes usuários estavam sendo acolhidos dentro das unidades básicas de saúde, qual seria o perfil do gestor a frente das ações de alimentação e nutrição e como estava a governabilidade em cada município.

Os achados deste estudo, realizado num período pandêmico com um contexto desafiador nas áreas sanitária, política e social, oferece reflexões que podem ser comparadas e fundamentadas em pesquisas atuais sobre gestão em saúde e políticas públicas. À luz da literatura acadêmica, é possível identificar recomendações importantes tanto para gestores de saúde quanto para a comunidade científica.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), importante política pública na área de alimentação e nutrição no Brasil, traz a obesidade como um dos maiores desafios para o contexto da saúde coletiva. Direcionando, para todos os níveis de esferas de governo, um conjunto de diretrizes para implantação do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, além da manutenção da vigilância alimentar e nutricional (VAN) e promoção da alimentação saudável e adequada que devem ocorrer no cotidiano da atenção básica em saúde (ABS) (Brasil, 2014). No Brasil, os dados antropométricos, condições socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde, de adultos residentes em todas as capitais do país e no Distrito Federal (DF) coletados anualmente, desde 2006, pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) vêm permitindo o acompanhamento da evolução da epidemia de obesidade (Pastorello, 2024).

O Relatório da Comissão de Obesidade *The Lancet*, em 2019, aponta que na atualidade há uma sindemia global caracterizada pelo conjunto de três pandemias que ocorrem ao mesmo tempo: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, que afeta pessoas em todo o mundo, tornando a má nutrição um dos principais problemas de saúde pública. O conceito “Sindemia Global” aponta que as três pandemias não ocorrem isoladamente, mas interagem entre si, compartilhando fatores determinantes e influenciando mutuamente suas cargas sobre a sociedade. Suas causas passam pelos interesses comerciais econômicos que orientam o modelo hegemônico do sistema agroalimentar global, falta de comprometimento das lideranças políticas e a ação frágil e insuficiente da sociedade em geral (Swinburn et al., 2019; Afshin et al., 2019; Castro, 2019).

A obesidade é classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), de origem multifatorial e complexa, e considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas (Reis et al., 2023). A sua prevalência crescente não é determinada apenas pelo indivíduo e suas escolhas, mas o ambiente (político, econômico, social, cultural) também é fator determinante na análise da problemática e nas propostas de intervenção de políticas de enfrentamento (Dias et al., 2017).

As estimativas globais de pessoas adultas com o índice de massa corpórea (IMC) maior que 25 kg/m, indicando sobrepeso e obesidade, sugerem que quase 3,3 bilhões de adultos poderão ser afetados até 2035, em comparação a 2,2 bilhões em 2020. Isto reflete

um aumento de 42%, no ano de 2020 para mais de 54% até 2035 (World Obesity Federation, 2023). No Brasil, dados sugerem que 48% dos adultos brasileiros terão obesidade até 2044, outros 27% apresentarão sobrepeso e que mulheres, negros e outras etnias minoritárias terão maior prevalência de obesidade até 2030 (Nilson et al., 2024).

De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) 2019, 5.102.921 usuários da ABS foram avaliados na região Nordeste e 60,2% dessa população apresentou excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Em Pernambuco, entre os anos de 2015 e 2019, o excesso de peso passou de 57,4% para 60,6% e a obesidade evoluiu de 22,4% para 25,4%. Dessa forma é possível observar a variação temporal da prevalência de excesso de peso e da obesidade em Pernambuco é ascendente (Brasil, 2019).

As ações para prevenção e cuidado dos indivíduos com obesidade podem e devem ser realizadas no âmbito da ABS, por meio de estratégias efetivas, abordagens inovadoras adequadas ao contexto e atenção integral ao usuário (Reis et al, 2022; Brasil, 2022). Nessa perspectiva, a ABS é a porta de entrada do sistema de saúde, sendo local privilegiado para as ações de cuidado integral da obesidade, com ênfase nos hábitos alimentares e nutricionais de indivíduos, o que torna fundamental compreender a situação do arranjo institucional e a governança dos municípios pernambucanos com relação às ações de alimentação e nutrição de enfrentamento e prevenção da obesidade (Carvalho et al., 2021).

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e visa romper com a fragmentação no atendimento integral à pessoa com obesidade, envolvendo o diagnóstico; a classificação de risco e comorbidades; a oferta integral de cuidados; intersetorialidade; financiamento; formação profissional; práticas integrativas e complementares, dentre outros, com o objetivo de organização de ações de promoção, prevenção e tratamento da obesidade (Alberto et al, 2022). A implementação de práticas de cuidado nutricional para as pessoas com obesidade, no contexto da RAS, ainda é desafiadora, devido a diversos fatores que permeiam o acolhimento de usuários na unidade de saúde, à demanda das equipes multidisciplinares e, com a carga multifatorial da doença, a exigência de ações intersetoriais (Belo et al., 2022).

O estudo, em questão, se mostra relevante uma vez que a obesidade é uma condição complexa, multifatorial, recidivante, possui herança poligênica e sendo ainda dependente da interação genes-ambiente (padrões de consumo de alimentos e de estilo de vida, individuais ou familiares) o que demanda estratégias sistêmicas e abordagens intersetoriais. Portanto,

indica que uma gestão eficaz, organizada e que esteja atenta aos fatores determinantes da obesidade, como vulnerabilidade social, localização geográfica, questões culturais e a força de trabalho, pode fazer a diferença na vida das pessoas com obesidade daquela localidade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção visa promover um embasamento teórico ampliado sobre as ações de alimentação e nutrição, com foco no cuidado da pessoa com obesidade, englobando desde os aspectos fisiológicos da obesidade, contextos históricos e sociais e como foram criadas as políticas públicas para o enfrentamento deste agravo. Para isso, foi realizada a estruturação com os seguintes tópicos: Obesidade: conceito, prevalência e carga da doença; Perfil alimentar e nutricional no Brasil e em Pernambuco; Políticas Públicas de enfrentamento da obesidade, com ênfase nas ações de alimentação e nutrição na ABS.

3.1 Obesidade: conceito, transição nutricional, prevalência e carga da doença

A obesidade é uma doença metabólica crônica e multifatorial, na qual estão envolvidos aspectos nutricionais, genéticos, metabólicos, psicossociais, culturais, econômicos, geográficos, sendo definida como uma enfermidade onde há acúmulo anormal ou excessivo de gordura no tecido adiposo, levando ao comprometimento da saúde. E destaca-se por ser, simultaneamente, uma doença e um fator de risco para outras DCNTs (Cupari, 2019; Moreira et al 2022). Os casos crescentes de sobrepeso e obesidade tem causado um grande impacto nas áreas de economia e saúde, principalmente nas populações mais vulneráveis. Em 2016, 44% da população mundial apresentava sobrepeso e obesidade, quando 70% dessa população residia em países pobres ou emergentes (Shekar e Popkin, 2020).

Há duas décadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já apontava que a obesidade surgia condicionada não só pelo fator genético, mas principalmente pelo consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras associado ao sedentarismo, considerando-a uma epidemia (WHO, 2000). O processo saúde-doença, especificamente na área da nutrição, vem passando por grandes mudanças desde a segunda metade do século XX, uma vez que há o crescimento linear do sobrepeso/obesidade já com características de epidemia, e em paralelo a diminuição das carências nutricionais (Melo et al., 2020).

Em seu relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde 2012”, a OMS descreve e alerta para a problemática do sobrepeso e obesidade de forma global, e apresentou que 2,8 milhões

de pessoas morrem por ano devido à obesidade (OMS, 2020). Além do risco de morte, pessoas com obesidade tendem a cursar com DCNTs, acidentes cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Jardim e Sousa, 2017).

Historicamente, no Brasil, a prevalência de doenças infecto-contagiosas e oriundas de deficiências nutricionais eram as principais causas de morte no século XIV até início do século XX. A dieta alimentar da população brasileira, foi caracterizada, durante um longo período, como uma alimentação inadequada. Até os anos 70, uma grande parte da população sofria como a desnutrição (marasmo e kwashiorkor), anemia e hipovitaminoses, associados, muitas vezes, a quadros infecciosos devido a condições precárias de higiene e ausência de saneamento básico (Santos et al., 2019).

Josué de Castro, em *Geografia da fome*, considerou o Brasil regionalizado em quatro grandes áreas: dois de fome endêmica (a Amazônia e a Zona da Mata do Nordeste), um de fome epidêmica (o Nordeste Semiárido) e um de subnutrição ou de fome oculta (o Centro-Sul do Brasil). O pernambucano considerava como áreas de fome as regiões onde mais da metade da população apresentava permanentemente (caráter endêmico) ou periodicamente (caráter epidêmico, comum nos ciclos de seca do Nordeste), evidências de alimentação insuficiente ou inadequada ou manifestações orgânicas de deficiências nutricionais (Castro, 1992; Batista e Rissin, 2003; Barros, 2020).

A transição epidemiológica perpassa por epidemias de enfermidades virais que puderam ser controladas e até erradicadas com a vacinação em massa que possibilitou uma menor morbimortalidade e, com isso, um aumento na expectativa de vida para menores de 5 anos em vários países. Com ampliação do saneamento básico, maior acesso ao sistema de água potável e destino correto de dejetos humanos e do lixo, podem ser associados à diminuição e controle das infecções diarreicas. Com o emprego adequado de políticas públicas o perfil tradicional se modifica em um perfil moderno, caracterizado pelo “Bem-estar social”, porém com presença expressiva de DCNTs, condição típica de países de elevada renda (Freese et al., 2006).

Freese et al., em 2006, conceitua o perfil das “Desigualdades” verificado nas duas últimas décadas do século XX, como um perfil da diferenciação e das desigualdades acentuadas nas diferentes camadas da sociedade com elevadas incidências e prevalências de doenças endêmicas e epidêmicas com redução de outras enfermidades através de vacinação. Neste perfil evidencia-se diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de

vida, mesmo com a presença crescente de DCTN. Em alguns países, é notória que são compostos de metrópoles, com índices elevados de violência e elevada concentração de renda, perfil característico de países de média renda, como o Brasil (Freese et al, 2006).

Seguindo a transição epidemiológica, os padrões nutricionais também sofrem alterações a cada século, resultando em mudanças na dieta dos indivíduos. As últimas décadas do século XX foram marcadas por uma dieta rica em gorduras (principalmente as de origem animal), açúcar e alimentos refinados e reduzida em carboidratos complexos e fibras. O predomínio dessa dieta tem contribuído, juntamente com o declínio progressivo da atividade física, para o aumento da obesidade (Oliveira., 2004).

O Brasil, seguindo a tendência global, vem passando por mudanças dos padrões de comportamento em relação à dieta e estilo de vida, nas últimas décadas, associadas às mudanças econômicas, sociais, demográficas, ambientais e culturais. Essa mudança é caracterizada pela transição alimentar, processo no qual os indivíduos optam pela compra e consumo de alimentos que otimizem o tempo de preparo e que sejam mais práticos, conduzindo essas escolhas alimentares a alimentos ultraprocessados (AUP) em detrimento de alimentos mais naturais e saudáveis (Barros et al., 2021).

Um dos fatores que contribuiu para ocorrência da transição nutricional nas últimas décadas, foi o crescimento tecnológico da indústria alimentícia na produção de AUP, que embora sejam práticos, são prejudiciais à saúde, porque contribuem para o aumento do consumo de gorduras, açúcares, sal, corantes, conservantes e muitas outras substâncias que promovem o desenvolvimento da obesidade e de DCNTs. Todos estes fatores auxiliaram as mudanças nos hábitos alimentares aliados à falta da atividade física, entre outros (Lopes et al., 2020).

A obesidade está presente tanto em países de alta, média e baixa rendas, trazendo o conceito de epidemia global da obesidade, observada já no final do século XX, não distinguindo raça, classe social e gênero (Popkin, 1998; Paiva, 2018). A dupla carga da má nutrição, além de modificar os padrões alimentares das populações para favorecer produtos alimentícios ultraprocessados em substituição aos alimentos tradicionais, in natura e minimamente processados nas dietas, é reflexo de sistemas alimentares que promovem a concentração de recursos e iniquidades. Apesar do consumo desses alimentos ser maior nas populações com maior concentração de renda, tem se mantido estável ao longo do tempo,

porém nas populações mais vulneráveis esse consumo tem aumentado e avança sobre os países de média e baixa renda (Nilson et al., 2024).

O Brasil também segue a tendência mundial do aumento expressivo dos números de sobrepeso e obesidade, porém em seu cenário epidemiológico apresenta simultaneamente desnutrição e carências de micronutrientes e a identificação da situação alimentar e nutricional configura-se como importante instrumento para o monitoramento da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional (SAN). Na medida em que o conhecimento dos indicadores de saúde e nutrição são úteis aos gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades da população assistida (Brasil, 2015).

De acordo com a OMS, entre 1975 e 2016, a prevalência mundial de obesidade praticamente triplicou e continua aumentando em países de baixa e média renda, não sendo mais um problema apenas dos países mais ricos. Em 2016, acima de 1,9 bilhões de adultos tinham sobrepeso e mais de 650 milhões eram obesos. A obesidade não é um problema apenas dos adultos: em 2016, 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, cerca de 40 milhões de crianças menores de 5 anos, foram considerados com sobrepeso ou obesidade (WHO, 2018).

A prevalência preocupante do excesso de peso e da obesidade tem constituído um problema significativo de saúde pública e um fardo econômico substancial para os sistemas de saúde. Para compreender o fardo econômico da obesidade, Withrow e Alter, 2011; Bennett et al., 2018, tentaram estimar os custos atribuíveis à obesidade. Kim e Basur, 2018 e Dee et al., 2014 realizaram estudos nos Estados Unidos e constataram que os custos per capita de uma pessoa que vive com sobrepeso e obesidade são 9,9% e 42,7%, respectivamente superiores aos de indivíduos com peso corporal saudável, o que alarmou gestores sobre a implementação de políticas públicas de enfrentamento a obesidade (Ferrari et al., 2022; Withrow e Alter, 2011; Kim e Basur, 2018; Dee et al., 2014).

O Atlas Mundial da Obesidade, publicado em 2024, destaca que das 41 milhões de mortes anuais atribuídas às DCNTs, 5 milhões são impulsionadas por um IMC elevado ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$). Aproximadamente 4 milhões dessas mortes envolvem complicações como diabetes, AVC, doenças coronarianas e câncer. Além disso, um IMC elevado contribui para a perda de mais de 120 milhões de anos-pessoa anualmente devido a essas quatro principais

DCNTs. O impacto dessas mortes é preocupante em países com menos recursos, como os de renda média e em desenvolvimento, que abrigam a maioria das pessoas afetadas (World Obesity Federation, 2024).

A obesidade é um problema relevante para os sistemas de saúde, com alta gestão, tratamento e custos, impactando cerca de 2,8% do produto interno bruto (PIB) global. No Brasil, o cenário é semelhante: cerca de 11% do total de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) são para obesidade (sem considerar as despesas relacionadas a outras DCNT atribuíveis a obesidade). Além disso, as alterações no metabolismo causadas pela obesidade podem estar associadas a outros resultados negativos para a saúde. Considerando a relevância do controle da obesidade e manejo, é preciso identificar quais fatores de risco e de proteção para a saúde podem estar relacionados a presença de obesidade que possa permitir um melhor desenho de estratégias para o controle da obesidade e seus agravamentos para outras DCNTs (Caldeira et al., 2022).

Em 2019, dados do SISVAN indicam que cerca de 2 milhões de pessoas tiveram consumo alimentar avaliado e mais de 30 milhões de pessoas tiveram peso e altura aferidos. De um total de 12.776.938 adultos acompanhados na ABS, 63% apresentaram excesso de peso, sendo 34,5% (8 milhões) com sobrepeso e 28,5% (3,6 milhões) apresentaram obesidade. Quando analisado o estado nutricional de adultos no Brasil estratificado por sexo, dos 1.567.532 homens acompanhados apresentaram 61,4% de excesso de peso sendo 37,5% com sobrepeso e 23,9% com obesidade. Das 11.209.406 mulheres acompanhadas, 63,2% têm excesso de peso, sendo 34,1% com sobrepeso e 29,1% com obesidade (Brasil, 2020).

De acordo com o Vigitel, 2006 a 2021, observou-se tendência significativa de aumento na prevalência de obesidade grave total no sexo feminino e em todas as faixas etárias, independentemente da escolaridade e da cor da pele. Em Recife, capital de Pernambuco, o aumento na prevalência foi de 1,3% para 6,1% em casos de obesidade grave em mulheres, maiores de 18 anos. Já os casos de obesidade grave para homens, na mesma faixa etária, tiveram um incremento de 0,6% para 0,9% no mesmo período (Dias et al., 2023).

Nas regiões de saúde, do estado de Pernambuco, os dados com relação a obesidade seguem alarmantes, 648.703 mulheres adultas, na faixa etária de 20 a 59 anos, acompanhados na ABS, 25,9% apresentaram obesidade, por outro lado 60.578 homens adultos, 19,6% apresentaram obesidade com a mesma faixa etária. A capital Recife apresenta o maior percentual (30,3%) de obesidade para mulheres e o município de Goiana, localizado

na zona da mata, apresenta o maior percentual (27,9%) de obesidade para o sexo masculino (Souza et al., 2019).

3.2 Perfil alimentar e nutricional da população no Brasil e em Pernambuco

Os dados coletados através das fichas de consumo alimentar e registrados no e-SUS APS, realizados no atendimento e/ou atividade realizada nas UBS, nos domicílios e em atividades desenvolvidas nos equipamentos sociais, integram os relatórios do SISVAN e possibilitam o monitoramento e a avaliação da situação nutricional e alimentar da população brasileira (Brasil, 2022).

Através dos indicadores de consumo alimentar do dia anterior, 787.567 indivíduos acompanhados na ABS, em 2019, foram avaliados, sendo 186.070 do sexo masculino e 601.505 do sexo feminino. Com relação ao consumo de feijão, 86% da população geral fez o consumo no dia anterior, sendo 88% dos homens e 85% das mulheres. Em relação ao consumo de frutas e de verduras e hortaliças, tanto para a população geral como estratificado pelo sexo, ultrapassaram mais de 70%. O consumo de hambúrgueres foi citado por 37% da população, sendo o maior em homens (43%) quando comparado às mulheres (35%), já o consumo de refrigerantes ultrapassa mais de 50% na população, sendo mais presente em homens (58%) do que em mulheres (53%). O consumo de AUP, como macarrão instantâneo, salgadinhos, biscoitos salgados, biscoitos recheados e guloseimas em geral ultrapassam os 30% em ambos os sexos (Brasil, 2020).

Conforme o segundo inquérito nacional sobre alimentação, incluído na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, as maiores frequências de consumo foram observadas para o café (78,1%), arroz (76,1%) e feijão (60,0%), seguidos do pão tipo francês (50,9%) e óleos e gorduras (46,8%). Comparando a frequência de consumo segundo o sexo, os homens apresentaram menores frequências de consumo de todas as verduras, legumes e frutas, com exceção da batata inglesa e as mulheres apresentaram maiores frequências de consumo para biscoitos, bolos, doces, leite e derivados, café e chá. Em relação ao consumo médio per capita a Região Nordeste destacou-se por médias per capita de consumo de milho e preparações à base de milho e feijão verde/corda mais elevadas do que para as outras regiões (IBGE, 2020).

Quando comparadas as POF 2008-2009 com a POF 2017-2018, na análise da frequência de consumo uma primeira constatação foi a redução de feijão e arroz e aumento das preparações à base desses alimentos. Essa variação pode tanto significar uma real

mudança ou ser resultado de uma gama maior de opções de preparações disponibilizadas na base de dados de 2017-2018. A pesquisa mostra que o consumo de feijão reduziu de 72,8% para 60,0%, enquanto as preparações à base de feijão aumentaram de 3,0% para 12,0%. Já frequência de consumo de arroz reduziu de 84,0% para 76,1% e as preparações à base de arroz variaram de 1,4% para 2,8%, ou seja, essa variação ocorre, porém de forma mais discreta. A frequência de consumo para salada crua, que passou de 16,0% para 21,8%, e para sanduíches, que variou de 8,3% para 13,8%. Uma redução importante no consumo para itens selecionados, como os refrigerantes de 23,0% para 15,4% (IBGE, 2020).

Em Pernambuco, os indicadores de consumo alimentar foram coletados na ABS em 2019, totalizando 13.332 homens. Com relação ao feijão, 96% consumiram no dia anterior. O consumo de frutas e verduras e legumes foi de 77% e 80%, respectivamente. Para hambúrgueres e embutidos e AUP, o consumo ficou em 79% para ambos, ultrapassando o consumo nacional. O consumo de bebidas açucaradas foi apontado por 65% dos homens, o consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos, biscoitos salgados foi de 41% e biscoitos recheados e guloseimas foi consumido por 39%. Com relação ao sexo feminino, foram avaliadas 36.503 mulheres adultas e destas 93% consumiram feijão no dia anterior. O consumo de frutas e verduras e legumes foi de 81% e 80%, respectivamente. Para hamburgueres e embutidos e outros AUP o consumo ficou em 52% e 76% respectivamente. O consumo de bebidas açucaradas foi apontado por 58% das mulheres, de macarrão instantâneo, salgadinhos, biscoitos salgados e biscoitos recheados, guloseimas e doces foi 39% para ambos os grupos de alimentos (Leal et al., 2022).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco elaborou o Plano de Prevenção e Combate à Obesidade, 2016-2020, o qual aborda um conjunto de intervenções para orientação de condutas individuais e coletivas de promoção, prevenção e tratamento à saúde, visando redução do sobrepeso e da obesidade e estabelece a linha de cuidado para as pessoas com sobrepeso/obesidade. De acordo como documento elaborado pela Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Pernambuco sobre a situação dos programas e alimentação e nutrição e de promoção da saúde na ABS, o plano de prevenção e combate à obesidade esteve em processo de revisão para atualização, avaliação e monitoramento dos resultados e indicadores alcançados a partir de 2021. Foram atualizados os Pontos da RAS no Estado e linha do cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade com vigência até 2025 (CSANS, 2021).

3.3 Políticas públicas de enfrentamento e cuidado a obesidade, com ênfase nas Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica em Saúde



Nos últimos 20 anos, no Brasil pode-se observar alguns avanços nas ações de alimentação e nutrição, a exemplo da implementação da Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) e o Decreto 7.272/2010 que cria a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), com destaque para a publicação do Decreto 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8.080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitaram avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (Kac; Meléndez, 2003; Brasil, 2013).

A PNAN, aprovada em 1999 e atualizada em 2011, é considerada a principal política pública do Brasil na área de alimentação e nutrição, porque ela abrange toda a problemática alimentar e nutricional de uma população socialmente desigual, de um país com disposições geográficas extremas, além da diversidade cultural e de padrões alimentares em transição, tendo como propósito as melhorias das condições de alimentação, nutrição e saúde da população através da prevenção, promoção e proteção de práticas alimentares saudáveis, além dos cuidados aos agravos provocados pela má nutrição (Brasil, 2013a; Jaime et al, 2018, Santos et al, 2021).

No ano de 2006, no Brasil, foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) que organiza ações implementadas por diferentes ministérios, abarcando desde a produção até o consumo de alimentos. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) integram o SISAN. Entre 2011 e 2014, a CAISAN protagonizou a formulação do plano intersectorial de combate à obesidade, que subsidiou uma estratégia intersectorial que sistematiza recomendações para estados e municípios (CAISAN, 2011; 2014).

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do

seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. As diretrizes consolidadas na política são: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2013).

A atenção nutricional, primeira diretriz da PNAN, compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades. A atenção nutricional deve dialogar com as demandas e necessidades de saúde do território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade, e deve ainda fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013).

Além da PNAN, ao longo dos anos têm surgido políticas públicas para o enfrentamento da obesidade com objetivo de apoiar, proteger e promover a saúde e a SAN dos brasileiros. Destaque para essas políticas, que englobam programas, estratégias e ações de promoção, prevenção e tratamento das DCNT e da obesidade como: o Plano de Enfrentamento das DCNT; a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade; e os Guias Alimentares, para a população adulta e para as crianças menores de 2 anos – instrumentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) (Belo et al, 2022).

A Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021, é uma iniciativa da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/ DEPROS/SAPS/MS) que tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças brasileiras (Brasil, 2022). Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. Em Pernambuco, 59 municípios foram contemplados para adesão ao PROTEJA. O estado atingiu adesão de 100% com participação de todos os municípios (CSANS, 2022).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersectorial, fundamentada nos princípios da integralidade, da territorialidade e da intersectorialidade, que visa trabalhar com

ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde para colaborar para a formação integral dos escolares no processo utilizando o espaço escolar como campo de saúde, em parceria com as UBS, com o objetivo de promover a saúde infantil (Rumor et al, 2022).

A obesidade é o terceiro principal fator de risco que provoca a maioria das mortes e incapacidades em mulheres no Brasil, e o quinto entre homens (Malta, 2017). As atribuições da ABS no cuidado à pessoa com obesidade envolvem VAN, estratificação de risco, ações de promoção da saúde intersetoriais e com participação social, promoção da alimentação adequada e saudável, apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional, inclusive àqueles que realizaram procedimento cirúrgico, coordenação do cuidado (encaminhamento aos outros níveis de atenção) e acolhimento adequado (Brasil, 2013).

A VAN subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Com a VAN implementada, é possível monitorar e prever o cenário, a tendência e a magnitude da situação de obesidade em nível municipal, estadual e federal (Reis et al., 2022; Brasil, 2022).

Com vistas a apoiar a implementação das ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios, foi instituído, em 2006, o incentivo financeiro para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O recurso do FAN é o único incentivo destinado especificamente para a implementação das ações da PNAN, o que ressalta a importância da articulação dos gestores locais na mobilização desse recurso para a efetivação das ações da Política. Atualmente, são contemplados 27 estados (incluindo o Distrito Federal), 193 municípios com mais de 150 mil habitantes e 965 municípios com população entre 30 mil e 149.999 mil habitantes (Brasil, 2020). Entre as ações prioritárias desse Fundo, estão a Promoção da Alimentação Saudável (PAS), a VAN e a prevenção dos agravos alimentares, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri (Freitas, 2024).

A Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”. Dessa forma, no que concerne às ações de alimentação e nutrição, cada ente federado deverá elaborar plano de ação próprio

para definição dos objetivos e ações prioritárias a serem alcançados diante das especificidades epidemiológicas, nutricionais, demográficas, socioeconômicas e de organização da rede de atenção à saúde presentes. É fundamental a mobilização para a inclusão das ações relacionadas à PNAN no Plano Anual de Saúde. Caso não isso ocorra no momento de recebimento do recurso, é possível entrar em contato com o Conselho Municipal (ou estadual no caso dos estados) de Saúde para justificar a utilização do recurso do FAN (Brasil, 2020).

No âmbito do cuidado, apesar das diretrizes e orientações publicadas pelo MS sobre a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, é evidente que ainda há desafios para garantir que essas informações sejam efetivamente incorporadas na rotina dos profissionais. Uma abordagem mais ampla é necessária, começando pelo diagnóstico nutricional até o desenvolvimento de ações que promovam a alimentação adequada, saudável e a prática de atividades físicas (Bortoline et al., 2020).

A prevenção e o controle destas condições devem contemplar um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis, permitindo a manutenção ou a recuperação do peso adequado, a articulação da RAS com uma rede mais complexa é necessária para a efetividade dos serviços de saúde. Essa rede complexa deve incluir outros saberes, serviços e instituições que vão além do setor da saúde. Isso significa buscar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, além de parcerias com a comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões. Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e enfrentamento pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável (Brasil, 2013; OMS, 2000).

Uma das ações promovidas pelo MS para controlar a condição de excesso de peso foi a redefinição das diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Definindo, dessa forma, que são atribuições da ABS para a atenção integral às pessoas com sobrepeso e obesidade: ações de VAN; assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², e conduzir ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade. No entanto, dados do Sistema de Informação em Saúde para a

Atenção Básica (SISAB) mostraram que, no período de setembro de 2018 a agosto de 2019, dos mais de 105 milhões de atendimentos realizados – e passíveis de identificação pelo sistema de informação vigente na ABS, 26,4% correspondiam à hipertensão arterial como condição avaliada, 10,5% à diabetes e apenas 2,8% à obesidade (Brasil, 2019).

Esses resultados evidenciam a necessidade de reforçar a implementação de ações para pessoas com obesidade. Ao considerar que a ABS possibilita o primeiro contato do usuário ao SUS, e visto que este acesso em tempo oportuno à atenção pode contribuir na redução de mortalidades e morbidades, torna-se necessário avançar na qualificação das ações para prevenção e controle do excesso de peso de usuários na ABS (Brasil, 2020).

A importância de ações preventivas e promocionais para ajudar pessoas com excesso de peso a diminuir a gravidade dessa condição. Ele também enfatiza a necessidade de tratar a obesidade não apenas como uma doença em si, mas como um fator de risco significativo para outras DCNTs. Isso sugere que profissionais de saúde e a população devem dar maior atenção a essa condição, reconhecendo seu impacto na saúde geral. Estudos realizados por Sharma et al., no Canadá, apontam que, quando os profissionais de saúde não falam sobre a obesidade, os indivíduos presumem que ela não é um problema (Sharma et al, 2019). Assim, o alto percentual de encaminhamento de usuários com obesidade para a atenção especializada indica que o tratamento e cuidado dessas pessoas na ABS ainda é um desafio (Bortoline et al, 2020).

3.3.1 Vinte e cinco anos da PNAN: avanços e desafios

Jaime, em 2004, descreve a trajetória das ações de Alimentação e Nutrição no Brasil. Remete as primeiras ações ao ano de 1954 com a criação do Programa da Merenda Escolar (PME). O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), na época era uma autarquia independente que só foi agregada ao MS com a sua extinção e criação da CGPAN - CGAN em 1997, foi criado em 1970 e deu início ao I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), no período de 1973-74 que possuíam como grupos prioritários as gestantes, nutrízes e crianças menores de sete anos de idade. Em 1976, foi instituído o II PRONAN e, em 1980, o III PRONAN. Em 1990, com a publicação da Lei 8.080 do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação dessa autarquia. Foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e atribuída à direção nacional do SUS a responsabilidade pela formulação, avaliação e apoio às políticas de alimentação e nutrição no País (Jaime et al,

2011).

Quase uma década depois da criação da Lei do SUS, em 1999, houve a publicação da PNAN, que se constitui no compromisso do MS com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional. Dessa forma, compõe o conjunto das ações que contribuem para a concretização do direito humano à alimentação e à saúde. Seus princípios e diretrizes contribuem para a formulação, implementação e avaliação das ações de alimentação e nutrição na ABS do SUS. A PNAN propõe uma atuação de caráter interdisciplinar e intersetorial, com o intuito de integrar as diversas ações para enfrentamento dos agravos nutricionais, organizado por uma série de programas e ações em diferentes vertentes, a serem implementados de maneira descentralizada, junto ao SUS (Jaime et al., 2011; Souza e Santos, 2013).

Nessas duas décadas a sociedade brasileira vivenciou transformações em seu contexto socioeconômico e político. No campo da alimentação e nutrição, foco da PNAN, a transição alimentar e nutricional imprimiu a necessidade de adoção de novos paradigmas frente à emergente e complexa realidade alimentar e nutricional. Em contrapartida, o debate e a ação da sociedade civil e de governos, no campo da SAN, ocorreram consistentemente a partir de 2003. A criação do SISAN, em 2006, e a inclusão do DHAA na Constituição Federal, em 2010, adensaram saberes e práticas neste campo (Santos et al., 2021).

A adoção dessa Política pelo setor configura um marco importante na medida em que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. No contexto da alimentação e nutrição o Brasil convive com situações extremas: de um lado, a desnutrição e a carência de alguns micronutrientes essenciais ainda são prevalentes e, de outro, as altas e crescentes taxas de sobrepeso e obesidade. Essa Política Nacional, insere-se no contexto da SAN e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (Santos et al, 2021).

A estruturação de uma coordenação federal favoreceu a organização de áreas técnicas de alimentação e nutrição de forma descentralizada nos outros níveis de gestão, principalmente nos estados, ainda que, em muitos casos, sem o reconhecimento formal no organograma institucional. A descentralização dessas ações tem acontecido perante a

conformação de uma rede de responsáveis técnicos de alimentação e nutrição. As gestões estaduais realizam a intermediação entre o governo federal e os municípios, com papel de difusão de informações, formação das referências técnicas e monitoramento das ações, enquanto as gestões municipais se responsabilizam pela implementação dos programas nos serviços de sua abrangência e gestão dos recursos transferidos pelo Governo Federal (Fagundes et al., 2021).

Em 2011, uma atualização da PNAN, agregou à política o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira pela promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, VAN, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Atualmente, o cenário epidemiológico no Brasil mostra uma situação nutricional bastante complexa, cujo enfrentamento depende de um amplo leque de ações (Bortoline et al., 2020).

Durante os últimos 20 anos, a PNAN tem sido o principal orientador de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição no SUS, incidindo também sobre outros setores, considerando seu caráter intersetorial. Nesse sentido, verificou-se que a atualização da PNAN manteve a maior parte de suas diretrizes e prioridades, mas acompanhou as mudanças no campo da saúde e de segurança alimentar e nutricional, reforçando a atenção nutricional, ampliando a inserção da agenda da nutrição no SUS e dando maior visibilidade às ações implementadas na ABS (Bortolini et al, 2021).

A gestão e a operacionalização da PNAN têm interface com várias coordenações, pela própria natureza de suas ações. As diretrizes estratégicas da PNAN preveem ações integradas às demais ações de saúde e devem compor o cuidado integral na RAS, tendo a ABS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, fato que aponta para a necessidade de uma coordenação única comprometida com a articulação intrasetorial, sob o risco de pulverização e fragmentação das ações. Nesse sentido, a perspectiva da integralidade no cuidado demanda que a organização da atenção nutricional inclua os outros pontos de atenção (Fagundes et al., 2021).

A PNAN mantém ativos seus princípios doutrinários: os direitos humanos à alimentação e à saúde, dentro de bases humanistas, coparticipativas, éticas e de cidadania. Incorporando princípios e normas do SUS. E funda-se na compreensão de que a alimentação é um elemento de humanização das práticas de saúde, respeito à diversidade, à cultura e fortalecimento da autonomia dos indivíduos (Malaquias, 2021).

Bortolini et al, 2024, em um estudo sobre recomendações para o fortalecimento da implementação da PNAN, através da opinião de um grupo de especialistas brasileiros, trazem algumas recomendações a nível nacional, identificando possíveis inovações, ações e estratégias que possam ser feitas e/ou fomentadas para fortalecer sua implementação. As recomendações incluem a garantia de incentivos financeiros para a implementação da política em nível local, em novos arranjos, que incluem critérios sociais e de equidade, indicadores de desempenho e a presença do profissional nutricionista (Bortolini et al., 2024).

4. JUSTIFICATIVA

O quadro atual de sindemia, no qual a vulnerabilidade alimentar e nutricional acompanhada, de forma crescente e paralela ao aumento dos casos de obesidade e outras DCNTs tem se revelado como um desafio para a saúde pública, especialmente se tratando dos municípios, uma vez que neste âmbito as unidades básicas de Saúde (UBS) são porta de entrada da população no SUS. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de Atenção à Saúde que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

As ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, têm uma importância fundamental para a saúde pública e o bem-estar da população, uma vez que tem como objetivo assegurar a promoção da saúde, prevenção de doenças, a garantia da SAN, redução das desigualdades sociais contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida. As ações, quando bem implementadas, têm um impacto positivo e duradouro na qualidade de vida da população.

Para o fortalecimento da PNAN nos municípios, é imprescindível obter dados sobre o planejamento e execução de ações de Alimentação e Nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ABS. Através do mapeamento desses dados é possível identificar as dificuldades e desafios enfrentados pelos gestores dos municípios pernambucanos no que tange ao cuidado do paciente portador de sobrepeso e obesidade, garantindo o diagnóstico oportuno, manejo e o tratamento adequado ao usuário obeso, além do fomento de estratégias interdisciplinares, intersetoriais e coletivas na assistência à saúde junto aos gestores e profissionais da ABS.

Portanto, este estudo mostra-se relevante uma vez que o mapeamento das ações municipais de alimentação e nutrição face à obesidade pode subsidiar estratégias de prevenção e assistência com maior efetividade, fortalecendo a continuidade do cuidado em rede, a descentralização do SUS e a intersetorialidade.

5. HIPÓTESE

A gestão das áreas de alimentação e nutrição, nos municípios de Pernambuco, de acordo com a percepção dos gestores, encontra-se fragilizada, influenciando na implementação de políticas e ações de cuidado às pessoas com obesidade.

6. OBJETIVOS

6.1 Geral

Analisar a gestão das ações de alimentação e nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ótica de gestores da atenção básica em saúde de municípios do estado de Pernambuco.

6.2 Específicos

- Descrever o perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição dos municípios participantes do estudo;
- Analisar a percepção dos gestores sobre as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios, com ênfase ao enfrentamento da obesidade, sob o olhar da gestão municipal;
- Caracterizar a gestão orçamentária das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Pernambuco, no último exercício financeiro.

7. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa com base em dados secundários, em municípios de Pernambuco, no qual cada gestor municipal de alimentação e nutrição respondeu sobre seu perfil, atuação, governança e financiamento. O projeto faz parte do estudo “Processos Formativos Para o Enfrentamento e Cuidado da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco – ECOASUS-PE”, que surgiu de uma demanda do Ministério da Saúde e foi aprovado na Chamada Nº 26/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O estudo possui como tema de interesse a gestão em saúde pública, pautado em uma demanda de assistência. O ECOASUS-PE compreende um conjunto de ações articuladas entre si e desenvolvidas em três eixos estratégicos: formação, pesquisa e desenvolvimento; e difusão científica. Através desse projeto houve a elaboração e publicação de materiais técnico-científicos sobre a situação alimentar e nutricional do estado de Pernambuco (SOUZA, N. P. et al. Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco. vol. 1, 2021; LEAL, V. S. et al. Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco. vol. 2, 2021.; SOUZA, N. P. et al. Uma visão ampliada da obesidade: reflexões sobre o cuidado na atenção básica. Atena, 2021).

Além dos materiais produzidos, foram realizadas publicações técnicas do ECOASUS-PE no site e Cadernos do Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares (OBHA), além de dissertações e teses do programa de pós-graduação em nutrição da UFPE, organização e realização do I e II Seminário Nacional de Trocas: de Casa em Casa o SUS Ecoa e Webconferências do curso de formação “Enfrentamento e cuidado da obesidade na atenção básica”.

No eixo de Pesquisa foi realizado o diagnóstico da Organização da Atenção Nutricional e da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição com Ênfase na Rede de Cuidado ao Usuário com Obesidade em Pernambuco, instrumento deste estudo. Para análise da organização da atenção nutricional e da gestão das ações de alimentação e nutrição dos municípios integrantes do estudo, foi utilizado instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde, composto por questionário eletrônico semiestruturado e autoaplicável dirigido aos gestores municipais da Política Nacional de Alimentação de âmbito municipal.

7.1 Área do estudo e público-alvo

A proposta do ECOASUS foi desenvolvida no Estado de Pernambuco, situado na Região Nordeste e limitando-se ao Norte com o estado da Paraíba e Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul com os estados do Piauí e Bahia e ainda ao Sul com o estado de Alagoas. Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco, mais a ilha de Fernando de Noronha, o território é dividido em quatro macrorregiões e apresenta gestão descentralizada por meio de doze Gerências Regionais de Saúde (GERES). (Figura 1)

Para o diagnóstico situacional na perspectiva da gestão, no qual a unidade amostral não probabilística foi o município e inicialmente foram obtidas uma amostra com 71 gestores. Foram incluídos no estudo prioritariamente o Coordenador/responsável municipal

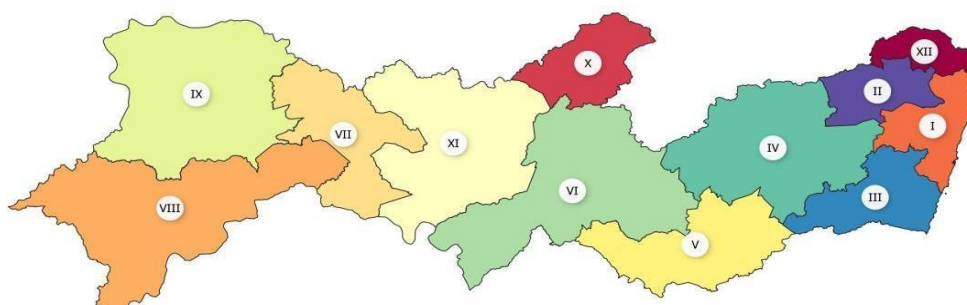
pelas ações de alimentação e nutrição. Em caso de não existência do responsável por essa temática, o respondente foi o responsável pela coordenação e gestão da Atenção Básica (AB) ou Vigilância em Saúde. Após a exclusão de gestores que não se consideraram aptos ao uso de tecnologias da informação e de dados duplicados ou inconsistentes, a amostra da gestão consistiu em 59 municípios, sendo identificado um profissional de referência em cada um deles.

7.2 Coleta de dados e instrumento de pesquisa

Após a articulação da equipe do projeto com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-PE) foi iniciada a coleta de dados com o envio dos formulários para os respectivos gestores de cada município referente as áreas escolhidas para o estudo, no período de julho a setembro de 2021.

A coleta de dados ocorreu remotamente, por meio do questionário denominado “Diagnóstico da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios” online e autoaplicável, elaborado pelo Ministério da Saúde com o apoio dos coordenadores das propostas à nível estadual, por meio da ferramenta SurveyMonkey®.

Figura 1. Mapa de Pernambuco com divisão de acordo com a Gerências Regionais em Saúde



Fonte: Atlas da Situação Alimentar e Nutricional de PE, 2021

O questionário foi dividido em três blocos com perguntas de acordo com a área: 1) Caracterização pessoal e profissional do gestor (raça, sexo, vínculo empregatício, formação básica, cargo/função atual, tempo de serviço); Organização da gestão e participação em processos decisórios (indicação formal de responsabilidade técnica pelas áreas de alimentação e nutrição-AAN, participação em processos decisórios no município); 2) Governança, documentos e canais norteadores (ações e metas, presença de política municipal de Alimentação e Nutrição, elaboração de materiais orientativos e protocolos sobre AAN);

e 3) Gestão financeira/orçamentária (planejamento e acompanhamento dos recursos financeiros da área, acompanhamento de processos licitatórios para AAN, recebimento de incentivos para AAN e local de alocação dos recursos financeiros recebidos).

A equipe da coleta de dados, composta por 15 profissionais de saúde, atuantes no setor da saúde/educação pública ou graduandos/ pós-graduandos em nutrição, os quais foram treinados para realizar a identificação e o contato com os respondentes, realizou o envio e monitoramento dos formulários de pesquisa, oferecendo apoio para eventuais dificuldades de preenchimento.

O diagnóstico na perspectiva dos gestores foi descontinuado em decorrência da pandemia da COVID-19. O contexto pandêmico, as mudanças nos processos de trabalho e outras demandas acumuladas e sobrepostas, além da alta rotatividade dos profissionais dificultaram o contato e a disponibilidade de tempo para participar da pesquisa.

7.3 Análise dos dados

A base de dados formada, foi construída por meio do *software* Excel e analisada por meio de frequências simples, utilizando-se o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 13.0 for Windows. Essa mesma base foi organizada a fim de identificar informações inconsistentes ou duplicadas, bem como de sistematizar o registro de respostas de caráter textual e qualitativo. Em seguida, foram selecionadas variáveis principais que foram analisadas descritivamente, com elaboração de tabelas e gráficos.

7.4 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde-CCS/UFPE (CEP), sob parecer do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 7604.6823.0.0000.5208.

8. RESULTADOS

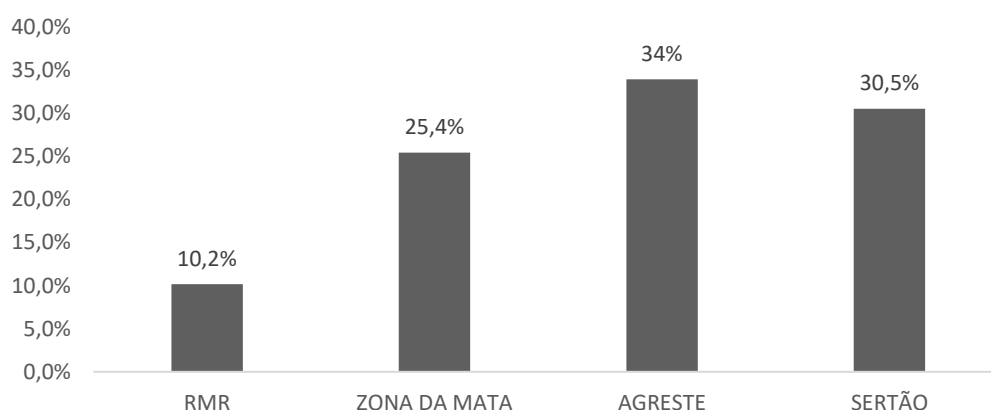
8.1 Perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição dos municípios

Participaram deste estudo 59 gestores/coordenadores responsáveis pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) da gestão municipal do estado de Pernambuco, que durante o período da coleta de dados ocupavam o cargo de gestão ou Coordenação da Área de Alimentação e Nutrição (CAAN). Dos municípios participantes do estudo, 34%

fazem parte da área do Agreste, seguidos pelos municípios localizados no Sertão (31%) e Zona da Mata (25%), completando com 10% da Região Metropolitana do Recife (RMR) (Gráfico 1).

A maioria dos cargos da gestão das ações de alimentação e nutrição estavam ocupados pelas mulheres (81,4%), em maior percentual da cor/raça parda, preta e indígena (55,9%). A profissão mais citada foi a de enfermagem (66,1%), seguida da nutrição (30,5%) e estes profissionais ocupavam, em sua maioria, o cargo de Coordenador da ABS (67,8%). O tipo de vínculo empregatício na forma de contrato representava 76,3% da amostra e, um 50,9% possuía menos de um ano de tempo de serviço na função. Apenas 3% dos profissionais relataram ter participado de curso de formação no âmbito do enfrentamento à obesidade (SUS) realizado no ano de 2019, dados esses que compõe a tabela 1.

Gráfico 1: Percentual de participação dos municípios por área geográfica de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021



Elaboração: Autoria própria, 2024

Tabela 1. Perfil técnico dos gestores da área de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021.

VARIÁVEIS	N(59)	%
Sexo/gênero		
Masculino	11	18,6
Feminino	48	81,4
Cor/raça		
Branca	26	44,1
Parda, preta e indígena	33	55,9
Profissão		
Nutrição	18	30,5
Enfermagem	39	66,1
Outra formação	2	3,4

Cargo ou função atual		
Coordenador ou referência na ABS	40	67,8
Coordenador ou referência da AN na SMS	14	23,7
Coordenador ou referência da Vigilância em saúde	5	8,5
Tempo de serviço no cargo ou na função atual		
Até <1 ano	30	50,9
Acima de 1ano	29	49,1
Vínculo empregatício		
Servidor público	14	23,7
Contratado/Outro	45	76,3
Participação em curso de formação obesidade no âmbito do Enfrentamento à obesidade (SUS)		
Sim	3	5,1
Não	56	94,9

Elaboração: Própria autora, 2024

Sobre a caracterização da ATAN, 57,6% dos municípios investigados referiram não possuir uma coordenação para gerenciamento das ações de alimentação e nutrição na secretaria de saúde (SMS). A CAAN está prevista em 58,3% do organograma da SMS dos municípios que possuem essa coordenação e em 52,0% apontaram que a coordenação está diretamente ligada à ABS. A maioria dos gestores (66,1%) referiram ter um responsável técnico (RT) para atuar frente às ações de alimentação e nutrição, dos quais 92,3% eram nutricionistas (tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da área técnica de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.

VARIÁVEIS	N	%
Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável pelos programas da área de alimentação e nutrição, na SMS (N=59)		
sim	25	42,4
não	34	57,6
A coordenação de A&N está no organograma da SMS (N=24) *		
Sim	14	58,3
Não	7	29,2
Não sei	3	12,5
Área a qual está vinculada a coordenação de Alimentação e Nutrição (N=25)		
Atenção Básica	13	52,0
Outra	3	12,0
Não sei	9	36,0
Tempo de criação da coordenação de Alimentação e Nutrição (N=25)		
< 1ano	3	12,0
acima de 1 ano	13	52,0

Não sei	9	36,0
Existe RT formalmente indicado para todas as ações de AN na SMS? (N=59)		
Sim	39	66,1
Não	20	33,9
Qual a formação do RT? (N=39)		
Nutricionista	36	92,3
Outros**	3	7,7

Elaboração: Própria autora, 2024. *O município de Recife não respondeu a esta questão **As outras profissões citadas foram farmacêutico, enfermeiro e assistente social

Em relação a governança das ações e metas de alimentação e nutrição a ATAN indica que possui autonomia para proposição de projetos, programas e ações, em 86,4% dos municípios e que as ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas, em sua maioria, no Plano Anual de Saúde (52,5%) e no Plano Municipal de Saúde (81,4%). Foi possível observar que 49,2% dos gestores afirmaram que estão contempladas as ações e metas de alimentação e nutrição nos relatórios anual e quadrienal da gestão e que 37,3% dos gestores desconheciam se as ações e metas estavam previstas em outro instrumento (Tabela 3).

Tabela 3: Percepção dos gestores sobre a governança das ações e metas das áreas técnicas de Alimentação e Nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.

VARIÁVEIS	N(59)	%
A área técnica de alimentação e nutrição possui autonomia para proposição de projetos, programas e ações em sua área e atuação (N=59)		
Sim	51	86,4
Não	5	8,5
Não sei	3	5,1
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PPA*		
Sim	20	33,9
Não	19	32,2
Não sei	20	33,9
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PAS**		
Sim	31	52,5
Não	13	22,0
Não sei	15	25,4
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PMS***		
Sim	48	81,4
Não	4	6,8
Não sei	7	11,9
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no TCG****		
Sim	18	30,5
Não	18	30,5
Não sei	23	39,0
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas nos relatórios anual e quadrienal da gestão		
Sim	29	49,2
Não	12	20,3

Não sei	18	30,5
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas em outros instrumentos		
Sim	19	32,2
Não	18	30,5
Não sei	22	37,3

PPA: Plano Plurianual; *PAS: Plano Anual de Saúde; ***PMS: Plano municipal de Saúde;
 ****TCG: Termo de compromisso da Gestão. Fonte: Autoria própria, 2024

Quando questionados se o município elabora ou elaboraram protocolos/guias/manuais orientativos da ABS, 50,8% dos gestores responderam de forma positiva e destes 44,1% afirmaram que a temática de alimentação e nutrição estava contemplada nos documentos norteadores. Foi observado que 39 (66,1%) gestores relataram não dispor de protocolo/manual/guia sobre obesidade em nenhuma faixa etária (infância, adolescente, adultos e idoso), além disso apenas 22,0% dos municípios possuem uma política de alimentação e nutrição e destes 38,5% municípios possuem essa política regulamentada, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Percepção dos gestores sobre o planejamento e gestão de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021

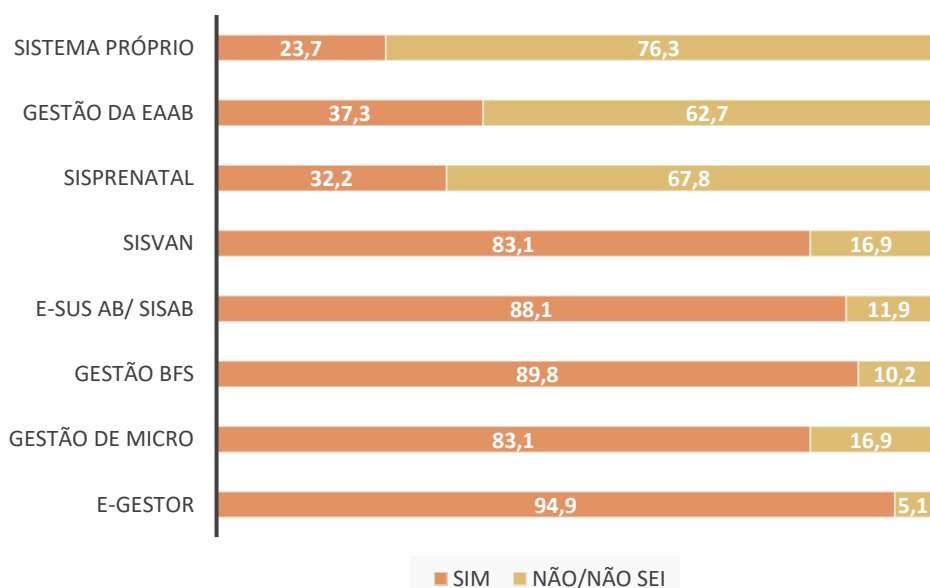
VARIÁVEIS	N (59)	%
O município elabora protocolos/guias/manuais de ABS		
Sim	30	50,8
Não	21	35,6
Não sei	8	13,6
Os protocolos/guias/manuais de ABS da SMS incluem temas da área de alimentação e nutrição		
Sim	26	44,1
Não	3	5,1
Não sei	1	1,7
Não se aplica	29	49,2
O município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso para adolescentes		
Sim	12	20,3
Não	6	10,2
Não sei	2	3,4
Não se aplica	39	66,1
O município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso para adulto/idoso		
Sim	10	16,9
Não	7	11,9
Não sei	3	5,1
Não se aplica	39	66,1
O município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso infantil		
Sim	13	22,0
Não	6	10,2

Não sei	1	1,7
Não se aplica	39	66,1
O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da SMS na temática		
Sim	13	22,0
Não	46	78,0
Ano de PUBLICAÇÃO(INSTITUIÇÃO) da política de alimentação e nutrição, no seu município (N=13)		
Antes de 2010	3	23,1
Depois de 2010	10	76,9
A política de alimentação e nutrição do seu município foi regulamentada (N=13)		
Sim	5	38,5
Não	8	61,5

Elaboração: Própria autora, 2024.

Para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição, os sistemas de informação do MS mais utilizados pelos municípios foram o e-gestor, a gestão do Bolsa Família da Saúde (BFS) e o E-SUS SISAB, (94,6%, 89,9 % e 88,1% respectivamente). O SISVAN é utilizado em 83,1% dos municípios. No gráfico 2 pode-se observar esses e outros sistemas utilizados.

Gráfico 2: Participação dos sistemas de informação em saúde para vigilância das ações de Alimentação e Nutrição na atenção básica de Pernambuco-Brasil-Projeto ECOASUS-PE, 2021.



Elaboração: Própria autora, 2024.

Ainda sobre a governança, mas com foco na participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS, 54,2% dos gestores apontaram que a área técnica não tem participação nas decisões da gestão. Dos 27 municípios que afirmaram

participar dos processos decisórios, a maior participação foi na elaboração/revisão do plano municipal de saúde (96,3%), seguida da definição de objetivos e metas locais das ações da VAN e com mesmo percentual está a definição de indicadores de desempenho relacionados às ações da VAN, ambas com 81,5%. A menor participação da área técnica foi na elaboração/revisão do termo de compromisso da gestão (40,7%). Os demais resultados sobre a governança dos municípios podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5: Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas técnicas dos municípios de Pernambuco-Brasil-Projeto ECOASUS_PE, 2021

VARIÁVEIS	N	%
Participação da área de Alimentação e Nutrição nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS (N= 59)		
Sim	27	45,8
Não	32	54,2
Participação da área de Alimentação e Nutrição na elaboração/ revisão do PPA (N=27) *		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Participação da área de Alimentação e Nutrição na elaboração/ revisão do PMS(N=27) *		
Sim	26	96,3
Não	1	3,7
Participação da área de Alimentação e nutrição participa da elaboração/ revisão do Termo de Compromisso da Gestão(N=27) *		
Sim	11	40,7
Não	16	59,3
Elaboração do relatório anual e quadrienal da gestão(N=27) *		
Sim	16	59,3
Não	11	40,7
Participação e realização na análise da situação de saúde(N=27) *		
Sim	19	70,4
Não	8	29,6
Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (N=27) *		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Definição de indicadores de desempenho relacionados as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (N=27) *		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Definição de recursos para desenvolvimento de ações de Alimentação e Nutrição (N=27) *		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Participação em colegiados de diretores e/ou coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde (N=27) *		

Sim	20	74,1
Não	7	25,9

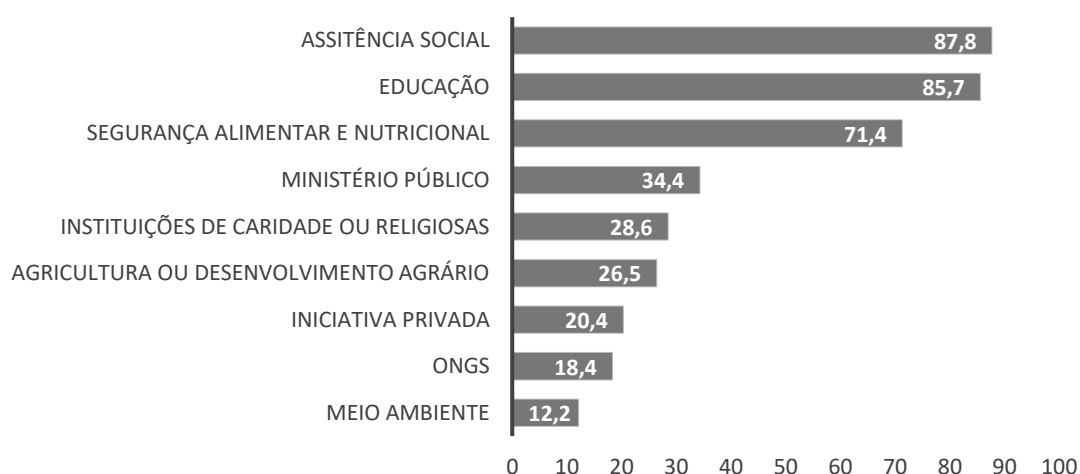
Elaboração: Própria autora, 2024. 32 gestores apontaram que não se aplica a participação em tomadas de decisão e elaboração de documentos norteadores.

8.2. Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios

Quando questionados sobre a articulação da área técnica com os outros setores, os gestores apontaram que 44% dos municípios que realizam ações de alimentação e nutrição com frequência, enquanto 39% relataram que essa articulação acontece às vezes e 17% afirmaram não realizar as ações de forma intersetorial.

Os setores mais citados foram a Assistência Social (87,8%), a Educação (85,7%) e a SAN (71,4%). O setor que apresentou menor percentual de participação foi o de Meio Ambiente (12,2%). A amostra utilizada para essa análise foi de 49 municípios, uma vez que 10 gestores apontaram não ter articulação entre os demais setores do município para realização de ações de alimentação e nutrição. Demais áreas e percentuais podem ser observados no gráfico 3.

Gráfico 3: Setores com os quais a gestão de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais em Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021.

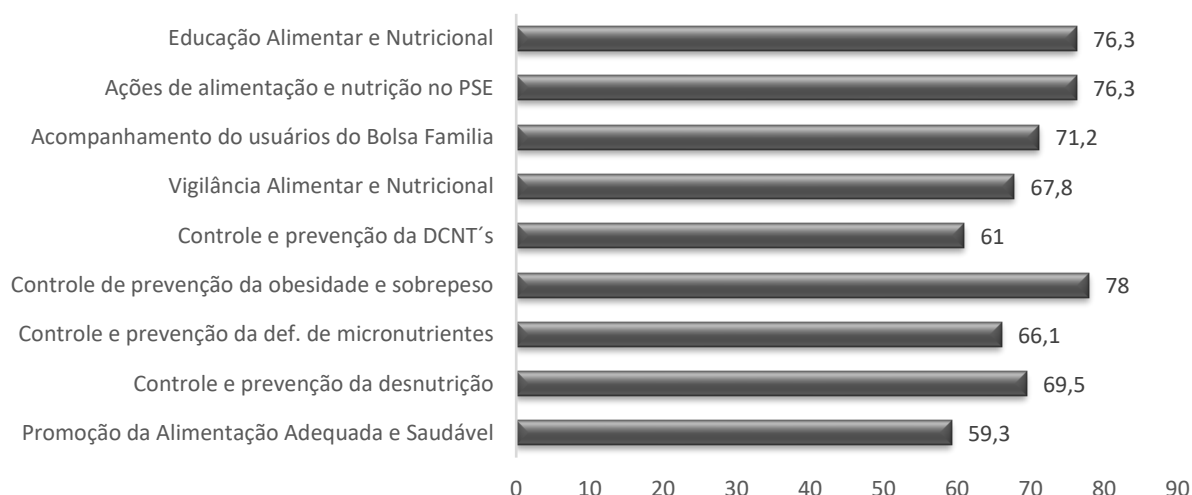


Elaboração: Própria autora, 2024. *ONGS: Organização não governamental. *10 gestores apontaram não ter ações intersetoriais com outros setores.

Quando questionados acerca das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas com maior frequência de forma intersetorial, a mais apontada pelas gestões foi a ação de controle e prevenção da obesidade e sobrepeso (78,0%), seguidas das ações de EAN e ações

de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao PSE, ambas com 76,3%. Já a Promoção da Alimentação Adequada que apresentou o menor índice (59,3%), ficando em último lugar na frequência de ações (gráfico 4).

Gráfico 4: Ações de alimentação e nutrição desenvolvidas com maior frequência de forma intersetorial nos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS_PE, 2021.



Elaboração: Própria autora

Sobre os processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial que a área de Alimentação e Nutrição participou representando a Secretaria Municipal de Saúde podemos observar, na tabela 6, que mais da metade dos municípios (50,8%) não participaram da elaboração da política municipal de SAN. A área técnica também não teve participação na definição dos parâmetros dos índices de insegurança alimentar em 57,6% dos municípios. Em contrapartida, participou do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) – Programa Saúde na Escola, em 59,3% dos municípios (Tabela 6).

Tabela 6: Participação da área de alimentação e nutrição no planejamento e gestão intersetorial representando a Secretaria de Saúde em Pernambuco-Brasil-PROJETO ECOASUS-PE, 2021

VARIÁVEIS	N (59)	%
Elaboração da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional		
Sim	18	30,5
Não	30	50,8
não existe	11	18,6
Elaboração e Monitoramento do Plano de SAN		
Sim	21	35,6

Não	29	49,2
não existe	9	15,3
Definição dos parâmetros de ISAN nos municípios		
Sim	15	25,4
Não	34	57,6
não existe	10	16,9
Participação no Comitê intersetorial do Programa Bolsa Família		
Sim	24	40,7
Não	29	49,2
não existe	6	10,2
Participação no grupo de trabalho intersetorial- Programa Saúde na escola		
Sim	35	59,3
Não	22	37,3
não existe	2	3,4
Definição da agenda intersetorial com o PNAE		
Sim	24	40,7
Não	31	54,2
Não existe	4	6,8

Elaboração: Própria autora, 2024

Em relação ao fomento à educação permanente e continuada em temas da área de Alimentação e Nutrição nos municípios, 72,2% dos gestores referiram que a SMS incentiva a ação voltada para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local. Também foi observado que a maioria dos municípios não incentivavam o ingresso em cursos de pós-graduação (81,4%), tendo maior incentivo às rodas de conversas e oficinas temáticas com especialistas na área de alimentação e nutrição (72,1%). As demais áreas podem ser observadas na tabela 7.

Tabela 7: Qualificação da força de trabalho e estratégias de formação para prevenção e controle de sobrepeso e obesidade em Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021.

VARIÁVEIS	N (59)	%
Incentivo à educação permanente e/ou de educação continuada		
Sim	43	72,9
Não	16	27,1
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em cursos via ETSUS		
Sim	2	4,7
Não	41	95,3
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em Educação Permanente em serviço presencial ou semipresencial		
Sim	23	53,5

Não	20	46,5
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em formação a distância (Telessaúde)		
Sim	21	48,8
Não	22	51,2
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em formação a distância (UnaSus)		
Sim	21	48,8
Não	22	51,2
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em formação a distância (AvaSus)		
Sim	19	44,2
Não	24	55,8
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em cursos de pós graduação		
Sim	8	18,6
Não	35	81,4
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde de atualização científica		
Sim	21	48,8
Não	22	51,2
Incentivo da SMS para participação dos profissionais da saúde em rodas de conversa na área de Alimentação e Nutrição		
Sim	31	72,1
Não	12	27,9

Elaboração: Própria autora, 2024.

8.3. Gestão orçamentária e financeira das ações de Alimentação e Nutrição

A tabela 8 traz pontos importantes acerca da caracterização da gestão financeira e orçamentária das AAN dos municípios de Pernambuco, é possível verificar que a área técnica 33,9% dos municípios não participam do planejamento e do acompanhamento da gestão orçamentária. A ATAN não promove reuniões com a área da secretaria municipal de saúde responsável pelo orçamento (42,4%), e ficou evidente que 39,0% dos municípios não fazem acompanhamento e solicitações do processo licitatório relativo à sua área. Mais da metade dos gestores (57,6%) apontaram desconhecimento sobre o repasse do FAN, 66,1% dos municípios apontaram desconhecer se receberam o incentivo financeiro do governo federal para estruturação da VAN e 71,2% dos municípios afirmaram desconhecer se receberam recurso do governo estadual para execução das ações de alimentação e nutrição, demais resultados podem ser vistos na tabela 8.

Quando indagados sobre incentivos/repasse financeiros do governo federal para o

desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição nos municípios foi observado que mais de 50,0% dos municípios recebem recursos para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, recurso esse a ser utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no Programa Nacional de Suplementação de Ferro. O Programa Crescer Saudável também foi apontado pelos gestores em mais de 50,0% dos municípios como receptor de recursos.

Tabela 8: Gestão orçamentária e financeira das ações de Alimentação e Nutrição nos municípios em Pernambuco-Brasil, Projeto ECOASUS-PE, 2021

VARIÁVEIS	N (59)	%
Planejamento e acompanhamento pela área técnica da gestão orçamentária		
Sim	21	35,6
Não	20	33,9
Não sei	18	30,5
Realização de reuniões pela área técnica com a área responsável pela gestão orçamentária/financeira		
Sim	24	40,7
Não	25	42,4
Não sei	10	16,9
Solicitação e acompanhamento dos processos licitatórios pela área técnica relacionados a sua área		
Sim	20	33,9
Não	23	39,0
Não sei	16	27,1
Recebimento do governo federal do incentivo financeiro do fundo de alimentação e nutrição (FAN)		
Sim	18	30,5
Não	7	11,9
Não sei	34	57,6
Percentual de execução orçamentária do FAN do último ano		
Até 50%	2	3,4
Acima de 51%	2	3,4
Não sei	14	23,7
Não se aplica	41	69,5
Recebimento de incentivo financeiro do governo federal para estruturação da vigilância alimentar e nutricional		
Sim	17	28,8
Não	3	5,1
Não sei	39	66,1
Percentual da execução orçamentária no último ano do fundo de incentivo da vigilância alimentar e nutricional		
Até 50%	3	5,1
Acima de 51%	2	3,4
Não sei	12	20,3
Não se aplica	42	71,2
Repasse de recursos financeiros através do estado para custeio das ações de alimentação e nutrição na vigilância alimentar e nutricional?		
Sim	4	6,8
Não	13	22,0

Não sei	42	71,2
Destinação de receita do próprio município para custeio das ações de alimentação e nutrição		
Sim	16	27,1
Não	8	13,6
Não sei	35	59,3

Elaboração: Própria autora, 2024

A respeito da alocação de recursos para ações de alimentação e nutrição nos municípios de Pernambuco, para o ano de 2019, pode-se perceber que a gestão optou por investir nas ações de avaliação antropométrica (Chamada Nutricional da população ou com recortes específicos por faixa etária ou grupos prioritários) em 57,6% dos municípios e 54,2% investiram na aquisição e manutenção dos equipamentos antropométricos. Grande parte dos gestores (93,2%) apontaram que não destinaram recursos em nenhuma das atividades prioritárias da política de Alimentação e Nutrição, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município. Em relação às ações de diagnóstico, para a prevenção e controle do sobrepeso, obesidade e outras DCNTs só foi alocado recurso para 40,7% dos municípios. Os demais resultados sobre a alocação de recursos de AAN pelos municípios do estado, podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9. Ações da área da Alimentação e Nutrição que receberam a alocação de recursos financeiros em 2019 em Pernambuco-Brasil, Projeto ECOASUS-PE, 2021

VARIÁVEIS	N(59)	%
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso e obesidade e DCNT		
Sim	24	40,7
Não	35	59,3
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de desnutrição para crianças menores de 5 anos		
Sim	27	45,8
Não	32	54,2
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais		
Sim	22	37,3
Não	37	62,7
Avaliação antropométrica/chamada nutricional da população ou recortes		
Sim	34	57,6
Não	25	42,4
Avaliação do consumo alimentar da população ou recortes específicos		
Sim	21	35,6
Não	38	64,4
Aquisição de material educativo para atividade de EAN		
Sim	14	23,7
Não	45	76,3

Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos

Sim	32	54,2
Não	27	45,8

Estruturação dos sistemas de informação

Sim	28	47,5
Não	31	52,4

Formação de trabalhadores de saúde em ações de Alimentação e Nutrição

Sim	16	27,1
Não	43	72,9

Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida a população

Sim	22	37,3
Não	37	62,7

Em nenhuma das atividades prioritárias da política de Alimentação e Nutrição

Sim	4	6,8
Não	55	93,2

Elaboração: Própria autora, 2024.

9.DISCUSSÃO

Este estudo permitiu identificar pontos de fragilidade desde o planejamento até a execução das ações de alimentação e nutrição, assim como a governabilidade destas ações e desconhecimento, por parte dos gestores, sobre os recursos financeiros específicos, demonstrando que a ATAN nos municípios precisa ser fortalecida.

Dos municípios que aderiram à pesquisa, os maiores percentuais são da região do Agreste e do Sertão, que devido às suas iniquidades sociais podem ter influência nas respostas do questionário. A população de Pernambuco foi a quinta que mais empobreceu no país durante o período mais restritivo da pandemia da Covid-19. De acordo com o Mapa da Riqueza no Brasil, pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), a renda média da população pernambucana caiu 0,57% entre 2019 e 2020, passando de R\$ 688,00 para R\$ 684,00 (Neri, 2023).

A maioria dos cargos da gestão das AAN estavam ocupados pelas mulheres, esse dado segue a tendência nacional, uma vez que, as mulheres são a maior força de trabalho na área da saúde (70,0%) conforme os dados da pesquisa Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres (IBGE,2022). Com relação a raça, a maioria dos gestores se autodeclararam pardos e pretos, e apenas com 1 gestor se autodeclarou indígena, o que demonstra consonância com o informativo do censo 2022, realizado pelo IBGE, onde mais de 65,0% da população pernambucana se autodeclarou parda e preta (Brasil, 2024). É

importante observar que mesmo com a localização geográfica da maioria dos municípios participante da pesquisa serem das regiões do Agreste e Sertão pernambucano, locais de muitas aldeias indígenas e povoados quilombolas, há baixa representatividade desses povos originários ocupando cargos de gestão na área da saúde.

No que tange à formação profissional, mais da metade dos gestores da ATAN são enfermeiras, e em sua maioria o cargo atual que ocupam é cargo de gestor ou referência na ABS. Esse acúmulo de funções, pode trazer prejuízos a ATAN uma vez que ambos os cargos demandam atenção para sua execução, o que exige dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas, além de agenda para garantir a eficiência do planejamento e execução das ações (Nunes et al, 2018).

Em relação ao tipo de vínculo, os gestores contratados por tempo determinado pelo município eram maioria e possuíam tempo de serviço menor que 12 meses na função. Tanto o tipo de vínculo como o pouco tempo de serviço indicam a elevada rotatividade de recursos humanos, além da precariedade do vínculo de trabalho, o que indica uma possível fragmentação na continuidade do planejamento e execução das AAN. A precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde, ainda persiste como um dos importantes problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS (Eberhardt et al, 2015).

Tonelli et al. (2018), em seu estudo através de dados coletados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresentaram que a média do tempo de permanência (TP) dos profissionais na Estratégia Saúde da família no município de Montes Claros no Estado de Minas Gerais foi de aproximadamente 20 meses ($\pm 21,44$ meses), sendo o mínimo de menos de 1 mês e o TP máximo de 141 meses. O TP mais frequente foi menor que 1 mês de serviço, contemplando 6,2% dos profissionais, seguido pelo TP de 1 (5,9%) e de 2 (4,3%) meses. Os motivos da rotatividade dos profissionais são multifatoriais e influenciados por aspectos econômicos, sociais e políticos, que se inter-relacionam em um panorama dinâmico (Tonelli et al., 2018).

A permanência dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores críticos para o sucesso dessa estratégia. A rotatividade desses profissionais pode comprometer a efetividade do modelo, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (Giovanni et al., 2013).

A baixa oferta de empregos em cidades com menor número de habitantes, com contratos precários, baixa oferta salarial, ausência de concurso público, demissão em massa após eleições, são fatores que podem aumentar a rotatividade de profissionais da saúde nos municípios ocasionando a descontinuidade do cuidado e fragilização do vínculo que é um dos principais atributos da ABS, essencialmente quando se trata de doenças crônicas, que demandam cuidado longitudinal. A coleta de dados foi realizada meses após o período das eleições municipais, o que pode justificar o pouco tempo no cargo e o desconhecimento de informações sobre a gestão das AAN. É importante frisar que o período pandêmico também pode ter influenciado esses resultados.

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos municípios não possuem uma coordenação de alimentação e nutrição ou outra unidade gerencial que seja responsável pelos programas da área de alimentação e nutrição. A ausência de uma coordenação municipal de alimentação e nutrição (foi apontada pela maioria dos gestores) e pode refletir que a PNAN continua sem ser prioridade nos planos de governos municipais. Em contrapartida, os municípios que possuem a coordenação municipal de Alimentação e Nutrição apontaram ter um RT, que, em quase sua totalidade, eram nutricionistas.

Ter um profissional nutricionista a frente dessas ações é de grande valia, desde que esse profissional seja capacitado e tenha formação para atuar na área da obesidade e áreas afins para que possa conduzir os problemas relacionados a carga da má nutrição que afligem a ABS e consomem recursos consideráveis do SUS (Jaime et al, 2011; Orué et al, 2023).

Uma das dificuldades que pode ser atribuída a composição da ATAN é a falta de preparo dos profissionais em trabalhar com gestão, uma vez que, o próprio processo de formação é limitante, não preparando esses profissionais para atuar frente ao modelo de gestão do SUS, além da infraestrutura local, muitas vezes precária e insuficiente, com vínculos e remunerações não atrativas. Esses fatores remetem à falta de cultura de incentivo e a devida importância à organização da gestão. Fatores criam um ambiente onde é difícil manter profissionais capacitados e motivados, comprometendo a eficácia das iniciativas de alimentação e nutrição nos municípios (Magnago e Pierantoni, 2015; Orué et al, 2022).

Dos municípios pernambucanos, participantes dessa pesquisa, poucos são que possuem uma coordenação específica para as AAN, e mesmo com as ações e metas contempladas no plano anual de saúde e no plano municipal de saúde, na maioria dos municípios, é um fator preocupante uma vez que sem uma referência bem definida há o risco

de descontinuidade nas ações gerando o enfraquecimento e inviabilização todo o processo de implementação da própria PNAN. Em contrapartida um grande percentual dos gestores da ATAN referiu possuir autonomia para proposição de projetos, programas e ações em sua área e atuação, o que é um ponto positivo, uma vez que essa proposição é crucial para adaptação às necessidades específicas do contexto local e de certa forma, pode garantir a proposição, por parte desses gestores, da implementação e/ou continuidade da política municipal de alimentação e nutrição.

Quando observamos os dados sobre planejamento e gestão de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade da SMS, a grande maioria dos municípios indicou que produz material e que a temática de alimentação e nutrição está contemplada nos protocolos/guias/manuais da ABS. Entretanto, quando esses gestores foram questionados se o município dispõe de protocolos, manuais, guias ou documentos similares para obesidade/sobrepeso para todas as faixas etárias, a maioria dos gestores, afirmou que “não se aplica”. Pode-se interpretar que estes municípios e suas respectivas equipes da ABS, podem não estar preparadas para o acolhimento e cuidado da pessoa com obesidade, à luz das recomendações científicas.

A gestão municipal deve incentivar a sua equipe técnica na produção de manuais, guias, protocolos utilizando como referência os materiais produzidos pelo MS, que possam subsidiar as políticas, programas e ações locais que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. Cabe aos responsáveis técnicos pelas ações de promoção da alimentação adequada e saudável do município adaptar as orientações para sua realidade local (Brasil, 2017).

Orué et al. (2023), em seu estudo sobre gestão das áreas de alimentação e nutrição em municípios de Mato Grosso do Sul refere achados semelhantes sobre a caracterização da governança e os documentos norteadores sobre as ações de alimentação e nutrição, onde entre os municípios que referiram possuir ATAN no organograma da SMS, foi mais frequente que ações e metas da área estivessem previstas no Plano Municipal de Saúde (75,9%), no Plano Anual de Saúde (65,5%), nos Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão (58,6%) e no Plano Plurianual (55,2%) (Orué et al., 2023).

Tratando-se da instituição da Política de Alimentação e Nutrição, os resultados mostram que em Pernambuco, quase 80% dos municípios, participantes da pesquisa, não possuem a sua Política de Alimentação e Nutrição. Por outro lado, dos municípios do estudo

que tem a política instituída (22%), em apenas 38,5% das cidades, esta política encontra-se regulamentada. Bortolini et al, 2024, relatam a reflexão que mesmo os estados e municípios com autonomia dentro do SUS, a gestão federal do sistema possui um papel importante na indução da agenda em nível local, mesmo com um texto na própria PNAN definindo a quem pertence a responsabilidade da gestão federal, estados e municípios, e apontando diretrizes de atuação (Bortolini et al., 2024).

Quando um município não possui uma Política de Alimentação e Nutrição própria, isso pode resultar em uma desorganização na atenção nutricional local e como consequência pode ocorrer a ausência de incentivo, fragmentação ou descontinuidade das ações e programas relacionados aos cuidados para promoção da saúde e prevenção de doenças associadas à má nutrição (Brasil, 2013).

Ainda sobre a governanças das ações de alimentação e nutrição, a terceira diretriz da PNAN estabelece a implantação de sistemas de saúde pelo MS desempenha um papel importante no controle e monitoramento da situação de saúde da população. Esses sistemas permitem a coleta e análise rápida e atualizada dos dados provenientes dos atendimentos na ABS e em outros níveis de assistência. Através dos dados coletados através dos sistemas de informação em saúde mais utilizados pelos municípios do estudo é possível obter dados sobre o estado nutricional e consumo alimentar da população e outras condicionalidades (renda familiar, moradia, escolaridade, dentre outros) o que corrobora para direcionar a gestão no que tange às ações de saúde e nutrição (Brasil, 2017). É importante mencionar que são raros os estudos sobre adesão dos sistemas de informação utilizados na ABS.

Neste estudo, os resultados apresentados mostram que a AAN se encontra excluída dos processos decisórios relativos ao planejamento e gestão da SMS em mais da metade dos municípios, objeto desse estudo. A ausência do reconhecimento acerca da relevância da contribuição técnica fornecida pela referida área no âmbito das políticas públicas e iniciativas direcionadas para a promoção do cuidado nutricional colabora para o enfraquecimento da administração e pode comprometer a eficácia das medidas implementadas. Orué et al., (2023), traz dados contrários sobre a participação da AAN em processos decisórios nos municípios de Mato Grosso do Sul, onde mais da metade participava dos processos decisórios do planejamento e da gestão da SMS (n=27; 67,5%) (Orué et al., 2023).

Em contrapartida, verificou-se que os municípios com representatividade nos processos de tomada de decisão também estão presentes de forma significativa no desenvolvimento do plano municipal de saúde, bem como na alocação de recursos. Esses achados evidenciam que a participação ativa nas secretarias de saúde, favorece uma gestão mais eficaz e transparente das políticas públicas de alimentação e nutrição. Uma maior autonomia das áreas técnicas para o uso de recursos pode contribuir para o alcance de uma descentralização mais efetiva, sendo necessários estratégias, como formações, que qualifiquem estas áreas para o uso do FAN. Nem sempre os gestores locais de alimentação e nutrição têm autonomia ou conhecem os processos para a operacionalização desses recursos (Pires et al,2020).

No âmbito da ABS, as ações de alimentação e nutrição devem estar alinhadas às diretrizes da PNAN e podem ser potencializadas a partir de ações de VAN (Bortoline et al, 2020). Portanto, para fortalecer a governança das AAN nos municípios, é essencial adotar uma abordagem abrangente que inclua a promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos para a população local.

As gestões municipais de Pernambuco indicaram que a frequência da realização das ações de alimentação e nutrição de forma intersetorial é abaixo de 50% e apresentaram percentuais sobre a frequência de realização das ações de alimentação e nutrição de forma intersetorial, sendo as áreas mais citadas pelos gestores para a realização dessas ações foram a Assistência Social, a Educação e a SAN. Esses resultados podem ser justificados uma vez que essas secretarias estão diretamente envolvidas com os programas federais (Programa de Alimentação Escolar, Programa Bolsa Família), no qual as ações de avaliação nutricional devem ser acompanhadas com uma certa frequência.

Em contrapartida, Melo et al, 2022, em seu estudo nos municípios da Paraíba sobre a intersetorialidade das ações de alimentação, os gestores indicaram uma maior participação dos municípios (85,0%) tanto no planejamento quanto no desenvolvimento de ações com articulação intersetorial e 86,7%, afirmaram que executaram as ações (Melo et al,2022).

Um dado importante apresentado no presente estudo é sobre a menor frequência de realização das ações intersetoriais onde o setor menos indicado pelos gestores foi o do Meio Ambiente. Melo et. al (2022), evidenciam que apenas 15% das ações são realizadas com o setor de meio ambiente (Melo et al, 2022). Alpino et al, em 2022, em um artigo de revisão sobre alimentação e mudanças climáticas relatam que os sistemas alimentares não

apenas impulsionam as pandemias de obesidade e desnutrição, mas também geram de 25-30% das emissões de gases do efeito estufa, desmatamento, perda de biodiversidade e degradação do solo, fatores estes que influenciam nas mudanças climáticas. Por sua vez, as mudanças climáticas afetam os sistemas alimentares resultando em alterações no consumo e hábitos alimentares e consequentemente na má nutrição e na SAN (Alpino et al, 2022).

Dessa forma, as gestões municipais precisam se articular melhor com o setor do meio ambiente, organizações da sociedade civil, setor privado e comunidades locais com o envolvimento de políticas, ações e estratégias que promovam a produção de alimentos sustentáveis e garantias de acesso a esses alimentos pela população.

No presente estudo, os resultados demonstram percentuais semelhantes entre as ações intersetoriais mais realizadas no estudo de Melo et al, (2022), no estado da Paraíba, porém, a ação mais apontada pela gestão foi a ação de controle e prevenção da obesidade e sobrepeso (78,0%). Nos municípios do estado da Paraíba, a PAAS apresenta um percentual mais elevado (80%) em comparação ao percentual (59,3%) executado nos municípios de Pernambuco (Melo et al, 2022). Sendo o objetivo da PAAS apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população (Brasil, 2018), o fortalecimento da PAAS requer um comprometimento ativo da gestão, com ações estratégicas e contínuas que promovam a alimentação saudável e sustentável, prevenindo doenças e promovendo a saúde da população.

A participação da AAN, no planejamento e gestão intersetorial nos municípios também é reduzida, com destaque para a não participação na elaboração da PNSAN. Estar inserido no planejamento e na gestão intersetorial nos municípios é fundamental para garantir a eficácia das políticas públicas relacionadas à SAN. Quando essa participação é reduzida, há um risco de que as políticas e programas implementados não abordem de forma abrangente as necessidades da população em termos de acesso regular e permanente a uma alimentação adequada e saudável.

Orué et al, (2023), abordam que a participação nos processos decisórios é fundamental para promover transformações, adequações, investimentos e melhorias na gestão da AAN. Esta participação permite que diversas perspectivas e experiências sejam consideradas, resultando em uma gestão mais eficaz e alinhada às necessidades reais dos usuários (Orué et al, 2023).

No que tange a qualificação da força de trabalho e estratégias de formação para prevenção e controle de sobrepeso e obesidade, é importante observar que mesmo a maioria dos gestores afirmando que incentiva a educação permanente e continuada, não há incentivo da grande maioria para a participação em cursos de Pós-graduação como também em eventos científicos. Paixão et al (2024), demonstram que para fomentar a qualificação do cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, são necessárias mudanças no modo de gestão e no cuidado em saúde e isso implica na reestruturação dos modelos de atendimento, focando na promoção da saúde e na prevenção de complicações associadas a essas condições e outras doenças ligadas a má nutrição. É essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para oferecer um cuidado centrado na pessoa, respeitando suas necessidades individuais e promovendo um ambiente de acolhimento e respeito (Paixão et al, 2024).

De acordo com os resultados apresentados, a gestão financeira da AAN nos municípios pernambucanos encontra-se enfraquecida e muitas vezes sem conhecimento dos recursos destinados por parte da gestão. A falta de infraestrutura e de investimento adequado na AAN pode resultar em desequilíbrios nas ações prioritárias. A alocação de recursos para a avaliação antropométrica, embora importante, não deve ser feita em detrimento de outras áreas essenciais, como o mapeamento do padrão de consumo alimentar e a implementação de medidas de diagnóstico e enfrentamento da obesidade e sobrepeso.

Em Pernambuco, esse estudo apresentou dados acerca da caracterização da gestão financeira e orçamentária das AAN dos municípios, onde é possível verificar que a gestão financeira e orçamentária é um ponto frágil na área de alimentação e nutrição. Em municípios de Mato Grosso do Sul, os resultados se assemelham, onde menos da metade dos municípios participaram do planejamento acompanhamento (com ATAN 3,4% vs. 14,3% sem ATAN), e a maioria dos municípios não faz reuniões frequentes com a área de gestão orçamentária para destinação dos recursos para AAN (59,2%) (Orué et al., 2023).

Sem um entendimento claro dos apoios financeiros disponíveis para custear as ações e equipamentos necessários na AAN, é improvável que a gestão seja capaz de planejar e administrar eficazmente o orçamento para esses aspectos. A falta de coordenação administrativa e despreparo profissional podem levar à subutilização dos recursos financeiros disponíveis, enfraquecendo assim a condução técnica da área (Orué et al., 2023).

Além disso, é importante ressaltar que os resultados obtidos neste estudo podem não ser generalizáveis para outros estados ou regiões do país, uma vez que as políticas e

práticas de alimentação e nutrição podem variar significativamente entre diferentes localidades.

Outra limitação é o fato de que a pesquisa se baseou em respostas autorrelatadas dos gestores municipais, o que pode introduzir vieses como a subjetividade e a falta de precisão nas informações fornecidas. O cenário político também contribuiu para essa limitação, pois o período de mudanças na gestão municipal pode ter influenciado a participação e a disponibilidade dos gestores municipais incluídos no estudo. Por fim, vale ressaltar que este estudo foi realizado durante um período específico da pandemia da COVID-19, e os resultados podem não refletir a situação atual ou futuras mudanças nas políticas e práticas de alimentação e nutrição nos municípios de Pernambuco.

Por outro lado, é incontestável que o estudo realizado possui informações importantes para compreender a organização das AAN em municípios de Pernambuco, principalmente porque apresenta dados de municípios localizados em diferentes regiões do estado. Como pontos fortes deste estudo, que se apresenta de forma pioneira, apresenta a ótica dos gestores sobre essa temática e mostra a quão fragilizada encontra-se a implantação da PNAN nesses municípios, principalmente no que diz respeito as relações intersetoriais para o cuidado da pessoa com obesidade e no conhecimento e alocação dos recursos financeiros.

Em suma, o estudo destaca questões cruciais que precisam ser abordadas para fortalecer a gestão em alimentação e nutrição para a prevenção e enfrentamento da obesidade, especialmente no contexto desafiador do Nordeste brasileiro.

10. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, com os resultados apresentados por esse estudo, foi possível traçar e analisar a gestão das ações de alimentação e nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ótica de gestores da atenção básica em saúde do estado de Pernambuco e chegar ao entendimento que para controle mais efetivo de agravos multifatoriais à saúde como a obesidade, é preciso que haja uma melhor organização da atenção nutricional.

Há o entendimento que a gestão da AAN, dos municípios pernambucanos, precisa ser fortalecida em aspectos de organização de trabalho, planejamento, execução e avaliação das ações, articulação intersetorial e gestão orçamentária e financeira. É necessária a implementação da Política de alimentação e nutrição local para que as ações planejadas e

executadas por essa área possam ter eficácia no enfrentamento às DCNTS, principalmente nos casos de obesidade. A gestão, em seu plano municipal de saúde, deve contemplar as através da pactuação de indicadores, metas e/ou ações e serviços voltados para a situação nutricional e alimentar da população local, inclusive com destinação de recursos para um maior investimento tanto nas ações como na qualificação da força de trabalho da ABS.

É papel da CAAN promover a integração entre as diversas políticas públicas relacionadas à alimentação, assim, seria possível garantir uma abordagem mais integrada e eficaz para enfrentar os desafios da má nutrição e garantir o DHAA. Além disso, a criação dessa coordenação poderia fortalecer a articulação com outros setores governamentais e não governamentais envolvidos na promoção da alimentação saudável e combate à insegurança alimentar. Isso contribuiria para ampliar o alcance das políticas públicas e aumentar seu impacto na população mais vulnerável.

Os municípios que já possuem sua coordenação, é preciso que seja fortalecida e possa ter mais autonomia nas participações dos processos decisórios no que compreende a elaboração e revisão dos documentos norteadores, dos planos anuais e quadrienais, além da produção científica de materiais de suporte para planejamento e execução as ações de alimentação e nutrição.

É importante mencionar que são poucos os estudos no Brasil e em Pernambuco que abordam a organização das ATAN em municípios. Essa observação destaca a necessidade de mais pesquisas e dados para entender melhor as práticas, desafios e avanços nessa área a nível municipal, considerando as diversas realidades das equipes de saúde e os territórios em que estão inseridas, sobretudo frente aos problemas alimentares e nutricionais da população.

Portanto, é fundamental que os gestores municipais reconheçam a importância da área de alimentação e nutrição como um elemento chave na promoção da saúde da população e adotem medidas concretas para fortalecer essa gestão, visando assim contribuir efetivamente para a redução dos índices de obesidade e outras DCNTs de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

- AFSHIN, Ashkan et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 393, n. 10184, p. 1958-1972, 2019.
- ALBERTO, N. S. M. DA C. et al. **Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí**. Saúde em Debate, v. 46, n. 133, p. 405–420, jan. 2022.
- ALPINO, T. DE M. A. et al.. **Os impactos das mudanças climáticas na Segurança Alimentar e Nutricional: uma revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 1, p. 273–286, jan. 2022.
- AQUINO, N. B., et al. **Desigualdades sociais e padrões alimentares: uma análise com adultos da Região Metropolitana do Recife**. Cien Saude Colet. Novembro, 2023. [Citado em 07/05/2024].
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. Cad. Saúde Pública, 2003 19 suppl 1, p. S181–S191, 2003.
- BARROS, D. de M.; DA SILVA, et al. **A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis**. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 74647–74664, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n7-579.
- BARROS, JOSÉ D'ASSUNÇÃO. **O problema da divisão do espaço na Geografia da Fome: revisitando a obra de Josué de Castro**. Tempo e Argumento, Florianópolis, v. 12, n. 29, e0209, jan./abr.2020
- BELO, CAMILLA E. DA C.; et al. **Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde**. DEMETRA: ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO & SAÚDE, v. 17, p. e69119, 2022.
- BORTOLINI GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
- BOTTESI, M. S. T. et al. **Tecnologia de Equipamentos em Saúde na Atenção Básica**. Caderno de Pesquisa Núcleo de Políticas Públicas-NEEP, UNICAMP, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. 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 Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. 2013. Portaria no 424, de 19 de março de 2013.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo sobre o incentivo Financeiro das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Nota Técnica 202/ 2020-41 / pg. 7 (SISAB). 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N° 202/2020-CGAN/DEPROS/SAPS.2020**

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira**. Versão para a consulta técnica. Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2011.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2014.

BRASIL. LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: Relatório do Estado Nutricional de adolescentes no Brasil** / Ministério da Saúde, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –SISVAN 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas da situação alimentar e nutricional da população adulta atendida na APS**. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022

BRASIL. Censo Demográfico 2022 Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos – CNEFE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**.2024

BUENO, D. R.; KÖPTCKE, L. S.. **A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal**. Saúde em Debate, v. 46, n. spe3, p. 29–44, nov. 2022.

CARVALHO, L. S; et al.. **Reflexões sobre os desafios e perspectivas no enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção básica no Brasil**. Research, Society and Development. 2021 10.

CASTRO, J., **Geografia da Fome** 11a Ed. Rio de Janeiro: Editora Griphus. 1992.

CASTRO, R.C.L. DE et al. **Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: Comparação entre diferentes tipos de serviços**. Cadernos de Saúde Publica, 2012.

CASTRO, I. R. R. DE. **Má nutrição, iniquidade e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(7), p. 2376–2376, jul. 2019.

CALDEIRA, T.C.M.; Soares, M.M.; de Sousa, T.M.; Veiga, I.P.A.; da Silva, L.E.S.;Claro, R.M. **The Prevalence of Risk and Protective Factors for Noncommunicable Diseases (NCDs) among Brazilian Adults with Pre-Obesity and Obesity**. Obesity 2022.

CESSE, Eduarda et al. **Diabetes e hipertensão na atenção primária à saúde : reflexões, avanços e desafios** . Ed. UFPE, 2023

CUPPARI, L. et al. **Nutrição clínica no adulto**. 4. ed. Barueri: Manole; 2019

DEE A., et al. **The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review**. BMC Res Notes, 7 (2014), p. 242

DIAS, Patricia Camacho et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 7

DIAS, Flávia Santos Batista, et al. **Temporal Trend of Severe Obesity in Brazilian State Capitals (2006–2021)**. 2023. *Obesities* 3.

D. WITHROW, D.A. ALTER. **The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity**. *Obes Rev*, 12 (2011), pp. 131-141

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M. DE.; MUROFUSE, N. T.. **Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná**. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 18–29, jan. 2015.

DIAS, M. S. DE A. et al.. **Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4371–4382, nov. 2014.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. *Saúde em Debate*, 2018.

FAGUNDES, A. A.; DAMIÃO, J. DE J.; RIBEIRO, R. DE C. L.. **Reflexões sobre os processos de descentralização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos seus 20 anos**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00038421, 2021.

FERREIRA, A. P. DE S. et al.. **Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e210009, 2021.

FERRARI G., et al. **The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System**, *Public Health*, Volume 207, 2022.

FREITAS, M. P. et al. **Constrangimentos e incentivos financeiros para a prevenção e o controle da obesidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 4, p. e01502023, 2024.

GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 17 April 2024.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. **Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família**. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, dez. 2013.

GUERRA, L. D. DA S.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; BEZERRA, A. C. D.. **Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(9), p. 3369–3394, set. 2019.

International Association for the Study of Obesity. **Adult overweight and obesity in the European Union (EU27)**. IASO0 2013

JARDIM, J. B.; DE SOUZA, I. L. **Obesidade infantil no Brasil: uma revisão**

integrativa. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 66–90, 2017.

JAIME, P. C. et al.. **Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro.** *Revista de Nutrição*, v. 24, n. 6, p. 809–824, nov. 2011.

KEMPER, E. S. **Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos.** APS EM REVISTA, 2019.

KIM, D.D., BASU; A. **Estimating the Medical Care Costs of Obesity in the United States: Systematic Review, Meta-Analysis, and Empirical Analysis.** *Value Health*. 2016

LEAL, V. S. et al. **Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco.** vol. 2, 2021.

LOPES, W. C. et al.. **Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors.** *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, p. e2018277, 2020.

MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira et al. **Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 30, n. 2, 2021 .

MALTA, D. C. et al. **Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015.** *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20:217-232.

MALTA, D. C. et al. **Undernutrition, and overweight and obesity: the two faces of malnutrition in Brazil, analysis of the Global Burden of Disease, 1990 to 2019.** *Public Health*, 2024.

MALVEIRA, A. da S.; DOS SANTOS, R. D.; MESQUITA, J. L. da S.; RODRIGUES, E. L.; GUEDINE, C. R. de C. **Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras / Prevalence of obesity in Brazilian regions.** *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 4164–4173, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-016.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R.. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ).** *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 9–17, jan. 2015.

MELO, S. P. DA S. DE C. et al.. **Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, n. Rev. bras. epidemiol., 2020 23, 2020.

MELO, F. C.T.; CARVALHO, D. F.. **Intersetorialidade das ações de alimentação e nutrição: relação com a prevalência de obesidade no estado da Paraíba.** *Revista de Nutrição*, [S. l.], v. 35, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/nutricao/article/view/8646>.

MOREIRA, M. R. S.; DAMASCENO, A. N. C. ; MELO, S. R. de S. .; DE OLIVEIRA, V. A. de O.. **Conhecimento sobre o manejo da obesidade na atenção primária à saúde. Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 16, n. 2, p. 47–54, 2022. DOI: 10.54620/cadesp.v16i2.780.

NERI, Marcelo Côrtes. **“Mapa da Riqueza no Brasil”**, Marcelo Neri, Rio de Janeiro, RJ - Fevereiro/2023 – FGV Social

NILSON, Eduardo, Silva D. O., Ell E, Ubarana J.. **Transformar os sistemas alimentares para enfrentar a pandemia da obesidade. Cadernos CRIS/FIOCRUZ sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde** Número: 03/2024 Período de 28 de fevereiro a 12 de março de 2024.

NILSON, E. A. F., Rezende, L.F.M., Camargo, J.M. **Incident cases and deaths attributable to overweight and obesity in Brazil until 2044.** The International Congress on Obesity (ICO 2024) is hosted by the World Obesity Federation, in partnership with member organisation the Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO). ICO 2024.

NUNES LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine RR, Mendonça CS, et al. **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata.** Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175.

PAIXÃO, M. S.; ARAÚJO, K. L. de; MARINHO, M. C. G.; SOUZA, M. C. de; OLIVEIRA, R. S.; QUEIROZ, G. M.; FRANÇA, S. L. G. **Qualificação do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade: olhares de profissionais da Atenção Básica.** Revista de Alimentação e Cultura das Américas, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 118–140, 2024.

PASTORELLO, C. C. G., COSTA, C. S., CLARO, R., LOUZADA, M. L. C. **Variações nas tendências de crescimento da obesidade em adultos brasileiros entre 2006 e 2021.** Cien Saude Colet [periódico na internet] (2024/Jul). [Citado em 18/07/2024].

PAIVA, J. B. DE . et al.. A confluência entre o “adequado” e o “saudável”: análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00250318, 2019.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE PNS. **2019: ciclos de vida: Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2017-2018: **análise do consumo alimentar pessoal no Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

PIRES, ANA CAROLINA LUCENA ET AL. **Um olhar para as experiências de Alimentação e Nutrição do Prêmio APS Forte.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 3, p. 285-297, 2020.

PORTARIA nº1.357/GM/MS, de 23 de junho de 2006

PORTARIA nº 1.738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013

PORTARIA nº 423, MS de 23 de fevereiro de 2018

OLIVEIRA., Ronaldo Coimbra de. **A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica.** REV. MIN. SAÚDE PÚBL., A.3, N.5 , P.16-23 – JUL./DEZ.2004.

ORUÉ, A. L. et al.. Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1525–1538, maio 2023.

RAMOS, D. B. DAS N. et al.. **Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 6, p. e00116519, 2020.

REIS, Erika Cardoso dos; *et al.* **Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo.** DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, 2022. DOI: 10.12957/demetra.2022.63954. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/63954>. Acesso em: 2 maio. 2024.

REIS, Erika Cardoso dos; *et al.* **A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017.** Rev. APS. 2023

RIMES-DIAS, K.A., Costa, J.C. & Canella, D.S. **Obesity and health service utilization in Brazil: data from the National Health Survey.** *BMC Public Health* 22, 1474 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13906-2>

RUMOR, P. C. F. et al.. **Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil.** Saúde em Debate, v. 46, n. spe3, p. 116–128, nov. 2022.

SÁ, G. B. A. R. DE . et al. **O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis:** cenário nacional de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1849–1860, jun. 2016.

SANTOS, Sandra Maria Chaves dos et al. **Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 37, n. Suppl 1 [Acessado 25 Março 2023]

SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. **Política nacional de alimentação e nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos.** DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 137–155, 2017. DOI: 10.12957/demetra.2017.26371. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/26371>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SHARMA, Arya M et al. **Perceptions of barriers to effective obesity management in Canada: Results from the ACTION study.** *Clinical obesity* vol. 9,5 .2019

SILVA, A. C. F., MOTTA, A. L. B., and CASEMIRO, J. P., eds. **Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado** [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2021, 174 pp. ISBN: 978-65-87949-11- 6.
<https://doi.org/10.7476/9786587949116>

STARFIELD, Barbara. **Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012.** *Gaceta sanitaria* vol. 26 Suppl 1. 2012.

SCHMIDT MI; et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** *Lancet* 2011.

SOUZA, N. P. et al. **Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco.** vol. 1, 2021.

SOUZA, N. P. et al. **Uma visão ampliada da obesidade: reflexões sobre o cuidado na atenção básica.** Atena, 2021.

SWINBURN, Boyd A. et al. **The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report.** *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173):791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8. Epub 2019 Jan 27. Review. Erratum in: *Lancet*. 2019.

TONELLI, B. Q., LEAL, A. P. R., Tonelli, W.F. Q., Veloso, D. C. M. D. , Gonçalves, D. P. , Tonelli S.Q. . **Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil** *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018

WANDERLEY, Emanuela Nogueira e Ferreira, Vanessa Alves. **Obesidade: uma perspectiva plural.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief.** Genebra: WHO; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non communicable diseases country profiles.** Geneva 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva. 2000.

WOF. **Atlas Mundial da Obesidade 2024.** Federação Mundial de Obesidade. Londres: 2024.

APÊNDICE A- Questionário utilizado para diagnóstico das ações de alimentação e nutrição

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Apresentação

Seja bem-vinda(o) ao questionário do DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS.

Você foi convidado a respondê-lo por atuar em um desses cargos:

- a)** Coordenação ou referência municipal em Alimentação e Nutrição;
- b)** Coordenação ou referência municipal da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde.

O seu conhecimento e experiência é essencial para o êxito deste diagnóstico.

As recomendações abaixo serão úteis para auxiliá-lo(a) para no preenchimento do questionário:

- Este instrumento foi elaborado para facilitar ao máximo a sua reflexão e respostas; o seu preenchimento dura, em média, 40 minutos.
- A plataforma utilizada possibilita que você pare e retorne a qualquer momento para finalizar suas contribuições. Suas respostas são gravadas automaticamente sempre que você mudar de página ao clicar em "PRÓXIMO". No próximo acesso, o questionário retornará ao ponto onde você parou, DESDE QUE o acesso seja feito pelo MESMO computador, tablet ou smartphone.
- Caso você não consiga seguir para uma próxima página, solicitamos que confira se algum item ou sub-item não foi respondido. Isso ocorre porque todas as questões exigem uma resposta.
- As informações aqui apresentadas não serão divulgadas individualmente preservando o anonimato dos respondentes. Servirão apenas para a melhoria e qualificação do SUS.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é nosso compromisso com o sigilo de fonte e informações prestadas. Avance para a próxima página, clicando em "PRÓXIMO", leia-o atentamente e assinale a sua opção (Sim, concordo; Não, não concordo). Se sua opção for CONCORDO, você passará a ter acesso ao questionário; do contrário, sua participação finalizada neste momento.

Agradecemos sua participação.

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO N
MUNICÍPIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Espaço destinado para a descrição do TCLE de cada estado/projeto.

* 1. Concorda em participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?

☐

Sim, concordo Não,

☐

não concordo

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO N
MUNICÍPIOS

Bloco A: IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

* 2. Confirme o estado onde você atua:

☐ xxxxxxxxxxxx

* 3. Escolha o município onde você atua:

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco B: IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE (TODOS OS CAMPOS OBRIGATÓRIOS)

- * 4. Data do preenchimento do questionário (o formato da data é DD/MM/AAAA, é necessário inserir as barras entre os campos):

Data

- * 5. Nome civil ou Nome social:

- * 6. Data de nascimento (o formato da data é DD/MM/AAAA, é necessário inserir as barras entre os campos):

Data

- * 7. Sexo/Gênero:

- * 8. Cor/raça:

- * 9. Indique sua profissão (formação básica):

☐ Nutrição

☐ Enfermagem

☐ Técnico em nutrição e

Farmácia ☐ Medicina

Odontologia

dietética ☐ Técnico em

☐ Outra (especifique)

Assistência Social

☐ enfermagem
Sanitarista

- * 10. Cargo ou função atual:

☐ Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município

☐ Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde

☐ Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município

☐ Outro (especifique)

* 11. Tempo de serviço no cargo ou função atual: (considerar anos completos).

* 12. Vínculo empregatício:

☐ Contrato temporário por serviço público de saúde ☐

☐ CLT (carteira de trabalho assinada)

Servidor público estadual

Servidor público municipal

☐ Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS)

☐ Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde

☐ Contrato temporário por Organização Social (OS) Outro

☐
(especifique)

* 13. Participou de curso de formação no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no Sistema Único de Saúde em 2019?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não. Porém, está programado para acontecer em 2020 Não sei

☐

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

Este bloco visa conhecer o desenho institucional adotado pelos municípios e relacionado à formulação e implementação das políticas e programas na área de alimentação e nutrição, no âmbito do SUS. Com a aplicação deste instrumento, não há qualquer intenção, por parte do Ministério da Saúde, de avaliar o desempenho da gestão municipal, individualmente, seja para penalização ou recompensa. Pretende-se, sim, coletar um número de informações (evidências) que permitam, ao órgão, gestor nacional do SUS, a proposição e a condução de estratégias que visem a qualificação das ações de saúde (aqui inseridas as de alimentação e nutrição) prestadas pelo SUS.

- * 14. Existe uma **Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)** responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição, na Secretaria Municipal de Saúde ?

☐ Sim ☐

Não
☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

(Continuação...)

* 15. A Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) está presente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde?

☐ Sim, com cargo sem remuneração ☐ Sim, com

cargo remunerado

☐ Sim, com função gratificada

☐ Não, porém há função

gratificada ☐ Não está no

organograma

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 16. A qual área da Secretaria Municipal de Saúde está vinculada a Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)?

- ☐ Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde ☐ Atenção Especializada ☐ Vigilância em Saúde ☐ Não sei
- ☐ Promoção da Saúde ☐ Outro (especifique)

* 17. Há quanto tempo foi criada essa Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)? (Considerar anos completos).

* 18. Existe um responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na Secretaria Municipal de Saúde?

☐ Sim ☐

☐ Não ☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 19. Qual a formação do responsável técnico da área de alimentação e nutrição?

☐ Nutrição ☐ Farmácia ☐ Odontologia

☐ Assistência Social Outra (especifique)

E

n

f

e

r

m

a

g

e

m

M

e

d

i

c

i

n

a

☐ Técnico em

Enfermage

m Técnico

em

Nutrição e

Dietética

* 20. Há quanto tempo o responsável técnico da área de alimentação e nutrição exerce a função? (Considerar anos completos).

* 21. Indique o número de profissionais que compõem a equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, segundo a formação. No caso da equipe não incluir uma das categorias de profissionais, preencha com zero (0):

Assistente Social	
Enfermeira(o)	
Farmacêutica(o)	
Fisioterapeuta	
Médica(o)	
Nutricionista	
Sanitarista	
Odontólogo (a)	
Profissional de Educação Física	
Técnico (a) de Enfermagem	
Técnico (a) de Nutrição e Dietética	

Outro (especifique o profissional e a quantidade)

* 22. Assinale as alternativas pertinentes: As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas:

No Plano Plurianual (PPA)

☐

No Plano Anual de Saúde-PAS No

☐

Plano Municipal de Saúde

☐

No Termo de Compromisso de Gestão

☐

Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão

☐

Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da SMS

☐

Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Especifique.

* 23. A área de Alimentação e Nutrição tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

☐

Sim, participação formal e regular

☐☐

Sim, participação informal, mas regular

☐☐

Eventualmente (participação ocasional ou quando solicitada/convocada)

N

ã

o

N

ã

o

s

e

i

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 24. Em qual(is) processo(s) decisório(s) de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde a área de Alimentação e Nutrição participa/participou:

Elaboração/revisão do Plano Plurianual do município	
Elaboração/revisão do Plano Municipal de Saúde	
Elaboração do Termo de Compromisso de Gestão	
Elaboração do Relatório Anual e Quadrienal de Gestão	
Participação e realização da análise de situação de saúde	
Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de vigilância alimentar e nutricional	
Definição de indicadores de desempenho relacionados às ações de vigilância alimentar e nutricional (cobertura, por exemplo)	
Definição de recursos financeiros para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição	
Participação em colegiados de diretores e/ou coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde	

* 25. Em qual(is) processo(s) decisório(s) de planejamento e **GESTÃO INTERSETORIAL** a área de Alimentação e Nutrição participa/participou, representando a Secretaria Municipal de Saúde:

Elaboração da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional	
Elaboração e Monitoramento do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional	
Definição de parâmetros de insegurança alimentar e nutricional no município	
Definição da periodicidade de análise e/ou de divulgação dos indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância alimentar e nutricional para os Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA)	
Participação no Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família (PBF)	
Participação Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) – Programa Saúde na Escola	
Definição de agenda intersetorial com o Programa Nacional de Alimentação Escolar	

Outros (Quais?):

* 26. O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 27. Em que ano foi **PUBLICADA** (INSTITUÍDA) a política de alimentação e nutrição, no seu município? (Campo composto de 4 dígitos AAAA).

* 28. A política de alimentação e nutrição do seu município foi regulamentada?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

- * 29. Em que ano foi **REGULAMENTADA** a política de alimentação e nutrição no seu município? (Campo composto de 4 dígitos AAAA).

- * 30. Há metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não, mas a área técnica solicitou a inclusão e não conseguiu ☐ Não

sei

- * 31. Indique em quais colegiados do Sistema Único de Saúde, a área de Alimentação e Nutrição do seu município participa:

☐ Comissão Intergestores Bipartite

☐ Comissão Intergestores Regional

☐ Câmaras técnicas

☐ Não participa de nenhum colegiado
Comissões Intersectoriais do Conselho de Saúde Outros
(Quais?):

☐

☐

- * 32. Você considera que a área técnica de Alimentação e Nutrição tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação?

☐ Sim ☐

☐ Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área ☐ Não

☐ Não sei ☐

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

- * 33. Se a área técnica de Alimentação e Nutrição **NÃO** tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, explique o porquê:

- * 34. O município elabora protocolos/guias/manuais de **Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde**?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 35. Os protocolos/guias/manuais de **Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde** da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 36. O município elabora protocolos/guias/manuais de **Atenção Especializada**?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 37. Os protocolos/guias/manuais de **Atenção Especializada** da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 38. A área de Alimentação e Nutrição responde pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da Secretaria Municipal de Saúde?

☐ Sim ☐

Não ☐ Não

sei

* 39. O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?

☐ Sim, com participação da área de alimentação e nutrição ☐

Sim, sem a participação da área de alimentação e nutrição ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 40. Quais protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de terapia nutricional que município dispõe?

Alergias e intolerâncias alimentares

Desnutrição de pessoas idosas Desnutrição

infantil

Doenças Cardiovasculares (DCV)

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes, Neuropatias

Pacientes em atenção domiciliar Sobrepeso e

obesidade em adolescentes

Sobrepeso e obesidade em adultos e idosos

Sobrepeso e obesidade infantil

Outros (Quais?):

* 41. Quais os sistemas de informação do Ministério da Saúde que o município utiliza para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição?

e-Gestor	☐
e-SUS Hospitalar	☐
e-SUS SAMU	☐
Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)	☐
Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) Sistema de	☐
Informações próprio do município	☐
Sistema de Gestão de Micronutrientes	☐
Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde	☐
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (e-SUS AB/ SISAB) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	☐
	☐

Outros (Quais?):

* 42. A área de Alimentação e Nutrição divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

* 43. Cite os principais meios/canais de comunicação mais relevantes para o município:

* 44. A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de canais de orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de Alimentação e Nutrição?

☐ Sim ☐

Não ☐ Não

sei

* 45. O município possui algum meio/canal para recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à alimentação adequada?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

- * 46. Cite os principais os meios/canais de recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à alimentação adequada?

- * 47. O(a) coordenador(a), ou outro profissional da área técnica de Alimentação e Nutrição, participa de alguma instância de controle social abaixo?

Conselho Local/Regional de Saúde Conselho

Municipal de Saúde (CMS)

Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)

Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CMSAN) Conselho de

Alimentação Escolar (CAE)

Conselho de Meio Ambiente ou congêneres

Outros (Quais?):

- * 48. No último ano, a situação alimentar e nutricional local foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde para apoiar a tomada de decisão desse colegiado?

☐ Sim ☐

Não ☐ Não

sei

- * 49. A Secretaria Municipal de Saúde ou a área técnica de Alimentação e Nutrição apresentou propostas de ação de alimentação e nutrição ao Conselho Municipal de Saúde no último ano?

☐ Sim, apenas uma vez ☐

Sim, mais de uma vez ☐

☐ Não

Não sei

* 50. No âmbito do Conselho Municipal de Saúde, foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição?

☐ Sim ☐

Não ☐ Não

sei

* 51. As ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano ☐

Não sei

* 52. A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica estadual?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 53. Por quê a área de Alimentação e Nutrição **NÃO** se relaciona com a referência técnica estadual?

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 54. Qual(is) os tipos de apoio mais relevantes recebidos da Referência Técnica Estadual?

Apoio com materiais e recursos para ações propostas pela área técnica de Alimentação e Nutrição

Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da Secretaria Municipal de Saúde e Assessoria técnica em assuntos/temas da área, incluindo em monitoramento e avaliação, quando solicitada

Desenvolvimento de (ou apoio a) estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da Alimentação e Nutrição

Visita no município para o monitoramento das atividades realizadas

Implantação de ações e programas

Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual

Outros (Quais?):

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 55. A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica federal?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

- * 56. Se a área de Alimentação e Nutrição do município **NÃO** se relaciona com a referência técnica federal, explique por quê?

- * 57. A área de Alimentação e Nutrição recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionados, via Redenutri ou boletim Segundeira ou outro canal de informações/comunicação)?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

- * 58. A área de Alimentação e Nutrição se articula com outros setores do município?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 59. Indique com quais setores a área de Alimentação e Nutrição desenvolve (ou participa) de ações intersetoriais:

Agricultura/Desenvolvimento Agrário	☐
Assistência Social	☐
Cultura	☐
Educação	☐
Iniciativa privada	☐
Instituições de caridade ou religiosas Meio	☐
Ambiente	☐
Ministério Público	☐
Organizações Não Governamentais /da sociedade civil (ONG) que atuam na defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos	☐
Segurança Alimentar e Nutricional	☐
Poder Legislativo local (Câmara dos Vereadores)	☐

Outros setores governamentais (Quais?):

* 60. Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:

Planejamento da ação	☐
Investimento de recurso para a ação	☐
Execução da ação	☐
Execução de atividades eventuais da ação	☐
Avaliação e monitoramento	☐

Outros (Quais?):

* 61. Indique quais ações são desenvolvidas, com maior frequência, de forma intersetorial:

Educação alimentar e nutricional

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - PAAS

Controle e prevenção da Desnutrição

Controle e prevenção de deficiências de micronutrientes Controle

e prevenção da obesidade/sobrepeso

Controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Vigilância

Alimentar e Nutricional

Acompanhamento das famílias e usuários do Programa Bolsa Família

Ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola

Outros (Quais?):

* 62. A área de Alimentação e Nutrição do município se articula com setores privados?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 63. Com quais setores da iniciativa privada há articulação?

* 64. Indique em qual(is) Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN) existentes no município a área de Alimentação e Nutrição atua:

CONCEITO:

EPSAN: Estruturas físicas e espaços destinados, no todo ou em parte, à provisão de serviços públicos ao cidadão com vistas à garantia da segurança alimentar e nutricional, quais sejam a oferta, a distribuição e a comercialização de refeições e/ou de alimentos.

Banco de alimentos	
Centrais de abastecimento (Ceasa)	
Centrais de recebimento e de distribuição de produtos da agricultura familiar (centrais) ou unidades de beneficiamento da agricultura familiar	
Cozinhas comunitárias Feiras	
ou mercados públicos	
Restaurantes populares/comunitários	
Restaurantes universitários	
Serviços de produção da alimentação escolar em creches e/ou escolas	
Serviços de produção de refeições nos hospitais	
Unidades Assistenciais do Sistema único de Assistência Social - SUAS (CRAS/CRES, casas de acolhimento etc.,	
Serviços de produção de refeições em unidades prisionais/de reclusão	

* 65. A área de Alimentação e Nutrição planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?

☐ Sim, planeja e acompanha ☐ Sim, somente

planeja

☐ Sim, somente acompanha

N

ã

o

N

ã

o

s
e
i

* 66. A área técnica de Alimentação e Nutrição realiza reuniões com a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sobre a sua responsabilidade?

☐ Sim, sempre (frequentemente) ☐

Sim, às vezes (eventualmente) ☐ Não

☐ Não sei

* 67. A área de Alimentação e Nutrição solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?

☐ Sim, solicita e acompanha ☐ Sim, somente ☐

solicita ☐ N
☐ Sim, somente acompanha ☐ ã
o
N
ã
o
s
e
i

* 68. Em quais itens abaixo o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição?

☐ Componente Básico da Assistência Farmacêutica (recurso a ser utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no PNSF (Programa Nacional de Suplementação de Ferro)) ☐ Não sei

☐ Crescer Saudável

* 69. O município recebe do governo federal incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)?

☐ Sim ☐

Não ☐
☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 70. Se recebe o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?

☐ Entre 0 e 10%

☐ 50-75%

☐ 10 -25%

☐ 75- 100%

☐ 25 -50%

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 71. O município recebe do governo federal incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 72. Se recebe o Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?

☐ Entre 0 e 10%

☐ 50-75%

☐ 10 -25%

☐ 75- 100%

☐ 25 -50%

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 73. O estado repassa recurso financeiro para custeio das ações de alimentação e nutrição no município?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

- * 74. Informe o valor (R\$ em reais) alocado no último ano proveniente da **gestão estadual** para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município: (**digite sua resposta no seguinte formato: 0.000,00**).

- * 75. O município destina receita própria para custeio das ações de alimentação e nutrição município?

☐ Sim ☐

Não

☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

- * 76. Informe o valor (R\$ em reais) alocado no último ano proveniente da **gestão municipal** para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município: (**digite sua resposta no seguinte formato: 0.000,00**).

- * 77. Indique em quais temas foi realizada a alocação dos recursos financeiros do último ano, independente da fonte (municipal, estadual ou federal):

Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários)

Ações de diagnóstico, prevenção e controle carências nutricionais (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri)

Avaliação Antropométrica/Chamada Nutricional da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)

Avaliação do consumo alimentar da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, população em situação de rua, indígenas, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)

Aquisição de material educativo para atividades de EAN

Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos

Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros)

Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas às alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviços, entre outros)

Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida para a população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)

Em nenhuma das atividades prioritárias da política (área) de A&N, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município.

Outras (Quais?):

* 78. A Secretaria Municipal de Saúde incentiva (direta ou indiretamente) a educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?

CONCEITOS:

Educação Permanente: formação em serviço, no contexto do trabalho. O próprio local de trabalho dos profissionais é o campo da aprendizagem.

Educação Continuada: ocorre em instituições acadêmicas formais (como especializações, mestrados, doutorados, etc) – mesmo que eventualmente o campo da prática ocorra na rede de saúde - e/ou por meio da participação congressos, seminários, etc.

☐ Sim, em educação permanente e educação continuada ☐ Sim, ☐ Não

mas apenas em educação permanente

☐ Sim, mas apenas em educação continuada ☐ Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição

* 79. Quais estratégias de formação para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade são utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?

Cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS)

Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial

Formação à distância por meio do Telessaúde

Formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do Sus)

Formação à distância por meio da plataforma AVASUS (Universidade Aberta do Sus)

Incentivo (ou facilitação) para participação em cursos de pós-graduação

Incentivo (ou facilitação) para participação em eventos de atualização técnica (oficinas, seminários)

Rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de Alimentação e Nutrição

Outras (Quais?):

* 80. Indique quais são as instituições envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS).

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Áreas temáticas do Ministério da Saúde

Instituições acadêmicas que atuam no município

Instituições acadêmicas conveniadas ao SUS

Outras (Quais?):

* 81. A área de Alimentação e Nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)?

☐ Sim, do planejamento e da execução dos cursos ☐

Sim, somente do Planejamento

☐ Sim, somente da execução dos cursos ☐

Não

☐ Não sei

* 82. Na sua percepção, como você avalia a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuírem nas seguintes temáticas:

	1) Insuficiente	2) Pouco suficiente	3) Suficiente	4) Não sei
Capacidade de liderança e de articulação intersetorial	☐	☐	☐	☐
Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade	☐	☐	☐	☐
Prevenção e cuidado da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários)	☐	☐	☐	☐
Prevenção e cuidado das carências de micronutrientes (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri)	☐	☐	☐	☐
Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis	☐	☐	☐	☐
Promoção da alimentação adequada	☐	☐	☐	
Utilização dos sistemas de informação (SISVAN, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros)	☐	☐	☐	☐
☐ e saudável				
Vigilância Alimentar Nutricional –VAN, incluindo técnicas de tomada de medida antropométricas	☐	☐	☐	☐

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Fim do Questionário.

Você finalizou o preenchimento do questionário. Clique no botão próximo para encerrar.

Agradecemos sua colaboração e participação.

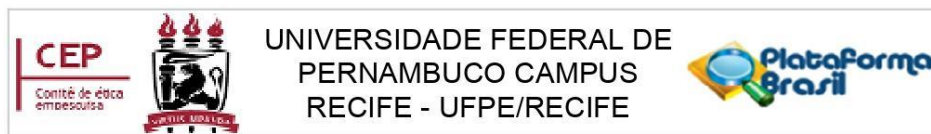
Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NOS MUNICÍPIOS

Não participação na pesquisa.

Entendemos que sua escolha, foi de não fazer parte da pesquisa. Clique no botão próximo para encerrar.

Agradecemos sua atenção

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA(UFPE)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM OBESIDADE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO - PROJETO ECOASUS-PE

Pesquisador: MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76046823.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.722.870

Apresentação do Projeto:

O Projeto submetido para a apreciação do Comitê de Ética refere-se à Dissertação de Mestrado da aluna MARIA CAROLINA TENÓRIO VIEIRA ROCHA RAMOS, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. O projeto é orientado pela Profa. Dra. Vanessa de Sá Leal e Co-orientado pela Profa. Dra. Nathalia Paula de Souza. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e com base em dados primários, desenvolvido em PE, inicialmente com 74 municípios. Serão utilizados os dados secundários do estudo - Processos Formativos Para o Enfrentamento e Cuidado da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco - ECOASUSPE autorizado pelo Pesquisador do Projeto Pedro Israel Cabral de Lira. Assim, o presente estudo está vinculado a tal projeto, o qual surgiu a partir de uma chamada do Ministério da Saúde, pelo CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN de número 26/2018, realizado no início de junho de 2021 a janeiro de 2022. A coleta de dados ocorreu através do envio de questionários de forma online, entre junho a dezembro de 2021. Este questionário foi elaborado em parceria entre Ministério da Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES), em 2019, exclusivamente para verificar como estava a implementação da PNAN nos municípios, com aplicação descentralizada em todo o país. A coleta contou com uma equipe de pesquisadores e alunos treinados, que realizaram a identificação e o contato com os respondentes, oferecendo apoio para eventuais dificuldades.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

de preenchimento dos questionários. Foram incluídos profissionais da gestão municipal no cargo de gestão ou coordenação ou referência na área de AN ou Atenção Básica (AB) ou Vigilância em Saúde de 74 municípios do estado de Pernambuco e excluídos aqueles que não se consideraram aptos ao uso de tecnologias da informação e em de questionários duplicados. Neste sentido, a amostra foi composta, ao final da pesquisa foi finalizado com amostra de 59 municípios.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar o planejamento e execução de ações de Alimentação e Nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ótica de gestores da atenção básica do estado de Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ¿ Descrever o perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição dos municípios;
- ¿ Descrever as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios, com ênfase ao enfrentamento da obesidade, sob o olhar da gestão municipal;
- ¿ Detalhar a alocação dos recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição(FAN), no último exercício financeiro;
- ¿ Associação as ações de Alimentação e Nutrição de acordo com as características de desenvolvimento social, humano e geográfico dos municípios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisadora analisa que por ser tratar de uma pesquisa com dados secundários, alguns riscos podem ocorrer, tais como: estigmatização ¿ divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais; risco a segurança dos questionários. Assim, a análise de risco está adequada a metodologia proposta.

BENEFÍCIOS

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

A pesquisadora apresenta como benefício apenas os indiretos uma vez que afirma que a análise desses dados poderá subsidiar o desenvolvimento de estratégias e que possam contribuir a curto e médio prazo para fundamentar a gestão municipal sobre os fatores condicionantes na orientação das ações de promoção, proteção e apoio, setoriais e intersetoriais, contribuindo para ampliar as formas de acesso e consumo de uma alimentação mais saudável, principalmente frente às ações de enfrentamento a obesidade. Deste modo, o análise de benefícios está adequada ao estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta excelente referencial teórico, apresenta bom detalhamento metodológico facilitando a análise tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos numerados abaixo estão de acordo com as recomendações do CEP:

1. A folha de rosto está devidamente assinada e carimbada
2. O Termo de Confidencialidade foi devidamente assinado pela pesquisadora;
3. As informações básicas da Plataforma Brasil estão preenchidas de acordo com as recomendações do CEP.
4. TCLE
5. Carta de Anuência
6. Declaração de uso de dados.
7. Os currículos Lattes da equipe de pesquisa foram anexados;

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

Continuação do Parecer: 6.722.870

voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2253136.pdf	27/02/2024 16:13:25		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	27/02/2024 16:09:46	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_ECOASUS.pdf	27/02/2024 15:46:25	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_de_uso_de_dados_assinado.pdf	27/02/2024 15:44:26	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_COMPLETO_ok_3.pdf	27/02/2024 15:41:22	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Outros	Lattes_coorientadora.pdf	23/02/2024 12:02:01	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Confidencialidade.pdf	24/11/2023 15:26:02	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Outros	Lattes_orientadora.pdf	24/11/2023 15:23:44	MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/11/2023	MARIA CAROLINA	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO 2- ARTIGO CIENTIFICO

Technical profile of managers and the institutional arrangement of the food and nutrition area in the municipalities of Pernambuco ECOASUS-PE Project

Perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição nos municípios de Pernambuco Projeto ECOASUS-PE

Perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco Projeto ECOASUS-PE

Maria Carolina TENÓRIO Vieira Rocha Ramos¹  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5021-5374>

Vanessa de Sá LEAL ²  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9492-2580>

Nathalia Paula SOUZA²  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6826-8239>

¹ AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Nutrição.
Av. Profº Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, CEP 50670-901, Recife – PE, Brasil.
Correspondence to: M.C. TENÓRIO. E-mail: caroltenorionutri@gmail.com

² CO-AUTOR

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Nutrição.
Av. Profº Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, CEP 50670-901, Recife – PE, Brasil.

³ CO-AUTOR

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Nutrição.
Av. Profº Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, CEP 50670-901, Recife – PE, Brasil.

Conselho Nacional Brasileiro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, *Brazilian National Council for Scientific and Technological Development*) (Process n. xxxxxxxx); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, *Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel*).

Para artigos derivados de dissertação ou tese: Indicar depois da frase padrão o nome do autor (prenomes abreviados e último nome com caixa-alta), título do trabalho, nome da universidade e ano. ([Vide exemplo. Use fonte Arial, tamanho 10, justificado](#))

Article elaborated from dissertation by M.C. TENÓRIO, entitled “Gestão das ações de alimentação e nutrição para o cuidado de pessoas com obesidade nos municípios de Pernambuco Projeto ECOASUS-PE”. Universidade Federal de Pernambuco; 2024.

(Preenchimento pela Revista de Nutrição) How to cite this article

Autor. Título. Rev Nutr. 20XX;XX:e. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202032e200014>

ABSTRACT

Technical profile of managers and the institutional arrangement of the food and nutrition area in the municipalities of Pernambuco ECOASUS-PE Project

Objective

The present study aimed to describe the technical profile of managers and the institutional arrangement of the food and nutrition area of the municipalities

Methods

Cross-sectional and analytical study, with a quantitative approach and based on secondary data, with the 59 municipalities of Pernambuco. The collection began by sending the forms online and using the SurveyMonkey® tool. from July to September 2021 remotely. The database formed was constructed using Excel software and analyzed using simple frequencies, using the Statistical Package for Social Science (SPSS) software version 13.0 for Windows.

Results

81.4% of positions in the management of Food and Nutrition actions were occupied by brown, black and indigenous women (55.9%), nurses 66.1%, and held the position of Coordinator of Basic Health Care (67.8%). 76.3% were hired and 50.9% had less than one year of service in the role. 57.6% of municipalities do not have coordination of Food and Nutrition actions. 22.0% stated that coordination is directly linked to Primary Care. 66.1% reported having a technical person responsible to work on food and nutrition actions, of which 92.3% were nutritionists. In the planning and management decision-making processes of the Municipal Health Department, 54.2% of managers pointed out that the technical area has no participation in management decisions. 50.8% of the municipality prepares or has prepared protocols/guides/guiding manuals for Primary Care and 44.1% stated that the topic of food and nutrition was covered in the guiding documents. 66.1% managers reported not having a protocol/manual/guide on obesity in any age group. Only 22.0% of municipalities have a food and nutrition policy and of these, only 38.5% of municipalities have this regulated policy.

Conclusion

The study highlights crucial issues that need to be addressed to strengthen food and nutrition management to prevent and combat obesity, especially in the challenging context of Northeast Brazil.

Keywords: Obesity. Food and nutrition. Health management. Basic attention. Food and nutrition programs and policies. Public policy

RESUMO

PERFIL TÉCNICO DOS GESTORES E O ARRANJO INSTITUCIONAL DA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO PROJETO ECOASUS-PE

Objetivo

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil técnico dos gestores e o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição dos municípios

Métodos

Estudo transversal e analítico, de abordagem quantitativa e com base em dados secundários, com os 59 municípios de Pernambuco. A coleta foi iniciada com o envio dos formulários online e através da ferramenta SurveyMonkey®. no período de julho a setembro de 2021 de forma remota. A base de dados formada, foi construída por meio do software Excel e analisada por meio de frequências simples, utilizando-se o software Statistical Package for Social Science (SSPS) versão 13.0 for windows.

Resultados

81,4% dos cargos da gestão das ações de Alimentação e Nutrição estavam ocupados pelas mulheres pardas, pretas e indígenas (55,9%), enfermeiras 66,1%, e ocupavam, o cargo de Coordenador da Atenção Básica em Saúde (67,8%). 76,3% eram contratadas e 50,9% possuía menos de um ano de tempo de serviço na função. 57,6% dos municípios não possuem uma coordenação das ações de Alimentação e Nutrição. 22,0% afirmaram que a coordenação está diretamente ligada à Atenção Básica. 66,1% referiram ter um responsável técnico para atuar frente às ações de alimentação e nutrição, dos quais 92,3% eram nutricionistas. Nos processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde, 54,2% dos gestores apontaram que a área técnica não tem participação nas decisões da gestão. 50,8% município elabora ou elaborou protocolos/guias/manuais orientativos da Atenção Básica e 44,1% afirmaram que a temática de alimentação e nutrição estava contemplada nos documentos norteadores. 66,1% gestores relataram não dispor de protocolo/manual/guia sobre obesidade em nenhuma faixa etária. Apenas 22,0% dos municípios possuem uma política de alimentação e nutrição e destes somente 38,5% municípios possuem essa política regulamentada.

Conclusão

O estudo destaca questões cruciais que precisam ser abordadas para fortalecer a gestão em alimentação e nutrição para a prevenção e enfrentamento da obesidade, especialmente no contexto desafiador do Nordeste brasileiro.

Palavras-chave: Obesidade. Alimentação e nutrição. Gestão em saúde. Atenção básica. Programas e políticas alimentação e nutrição. Políticas públicas.

INTRODUÇÃO/INTRODUCTION

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), importante política pública na área de alimentação e nutrição no Brasil, traz a obesidade como um dos maiores desafios para o contexto da saúde coletiva (1).

O Relatório da Comissão de Obesidade *The Lancet*, em 2019, aponta que na atualidade há uma sindemia global caracterizada como um conjunto de três pandemias que ocorrem ao mesmo tempo: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, que afeta pessoas em todo o mundo, tornando a má nutrição um dos principais problemas de saúde pública. Suas causas passam pelos interesses comerciais que orientam o modelo hegemônico do sistema agroalimentar global, falta de comprometimento das lideranças políticas e a ação frágil e insuficiente da sociedade em geral (2; 3;4).

A obesidade é classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT), de origem multifatorial e complexa (5). A sua prevalência crescente não é determinada apenas pelo indivíduo e suas escolhas, mas o ambiente (político, econômico, social, cultural) também é fator determinante na análise da problemática e nas propostas de intervenção de políticas de enfrentamento (6).

As ações para prevenção e cuidado dos indivíduos com obesidade podem e devem ser realizadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em saúde (ABS), por meio de estratégias efetivas, abordagens inovadoras adequadas ao contexto e atenção integral ao usuário (5;7).

Nessa perspectiva, a ABS é a porta de entrada do sistema de saúde, sendo local privilegiado para as ações de cuidado integral da obesidade, com ênfase nos hábitos alimentares e nutricionais de indivíduos, o que torna fundamental compreender a situação do arranjo institucional e a governança dos municípios pernambucanos com relação às ações de alimentação e nutrição de enfrentamento e prevenção da obesidade.

O estudo em questão se mostra relevante e indica que uma gestão eficaz, levando em consideração fatores determinantes como vulnerabilidade social, localização geográfica, questões culturais e a força de trabalho, pode fazer a diferença na vida das pessoas daquela localidade.

METÓDOS/METHODS

O projeto faz parte do estudo “Processos Formativos Para o Enfrentamento e Cuidado da Obesidade no Âmbito do SUS em Pernambuco – ECOASUSPE”, e a amostra foi composta por 59 gestores/coordenadores responsáveis pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição da gestão municipal. Para análise da organização da atenção nutricional e da gestão das ações de alimentação e nutrição dos municípios integrantes do estudo, foi utilizado instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde, composto por questionário eletrônico

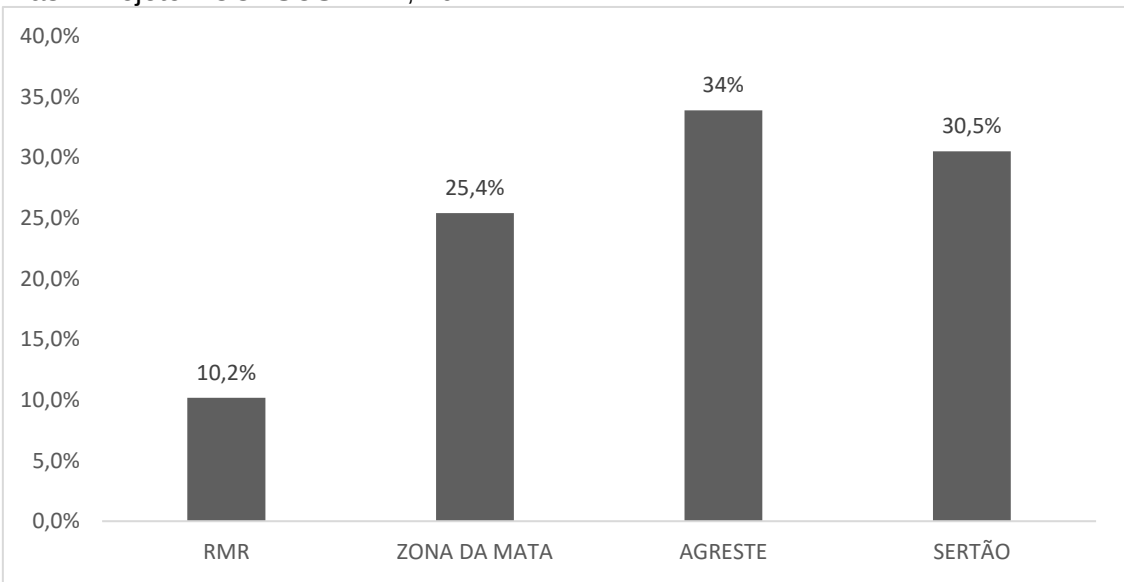
semiestruturado e autoaplicável dirigido aos gestores municipais da Política Nacional de Alimentação de âmbito municipal. A base de dados formada foi analisada por meio de frequência simples e as diferenças significativas entre grupos foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado, e foram utilizadas planilhas de Excel e o programa em estatística Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 13.0 for Windows.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde-CCS/UFPE (CEP) sob o CAAE nº 7604.6823.0.0000.5208.

RESULTADOS/RESULTS

Participaram deste estudo 59 gestores/coordenadores responsáveis pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) da gestão municipal, que durante o período da coleta de dados ocupavam o cargo de gestão ou Coordenação da Área de Alimentação e Nutrição (CAAN). Dos municípios do estado de Pernambuco participantes do estudo, 34% fazem parte da área do Agreste, seguidos pelos municípios localizados no Sertão (31%) e Zona da Mata (25%), completando com 10% da Região Metropolitana do Recife (RMR) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Percentual de participação dos municípios por área geográfica de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021



Fonte: Autoria própria,2024

A maioria dos cargos da gestão das ações de Alimentação e Nutrição estavam ocupados pelas mulheres (81,4%), em maior percentual da cor/raça parda e preta (55,9%), e apenas um gestor se auto referiu como indígena. A profissão mais citada foi a de enfermagem (66,1%), seguida da nutrição (30,5%) e estes profissionais ocupavam, em sua maioria, o cargo de Coordenador da Atenção Básica em Saúde (67,8%). O tipo de vínculo empregatício na

forma de contrato representava 76,3% da amostra e, um pouco mais da metade (50,9%) possuía menos de um ano de tempo de serviço na função. Apenas 3% dos profissionais relataram ter participado do curso de formação no âmbito do enfrentamento à obesidade (SUS) realizado no ano de 2019, dados esses que compõe a tabela 1.

Tabela 1. Perfil técnico dos gestores da área de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS – PE, 2021.

VARIÁVEIS	N (59)	%
Sexo/gênero		
Masculino	11	18,6
Feminino	48	81,4
Cor/raça		
Branca	26	44,1
Parda, preta e indígena	33	55,9
Profissão		
Nutrição	18	30,5
Enfermagem	39	66,1
Outra formação	2	3,4
Cargo ou função atual		
Coordenador ou referência na ABS	40	67,8
Coordenador ou referência da AN na SMS	14	23,7
Coordenador ou referência da Vigilância em saúde	5	8,5
Tempo de serviço no cargo ou na função atual		
Até <1 ano	30	50,9
Acima de 1ano	29	49,1
Vínculo empregatício		
Servidor público	14	23,7
Contratado/Outro	45	76,3
Participação no curso de formação obesidade no âmbito do Enfrentamento à obesidade (SUS)		
Sim	3	5,1
Não	56	94,9

Fonte: Autoria própria, 2024

Sobre a caracterização da ATAN, 57,6% dos municípios investigados referiram não possuir uma coordenação para gerenciamento das ações de alimentação e nutrição na secretaria de saúde (SMS). Em relação aos municípios que possuem CAAN foi apontado que a coordenação está diretamente ligada à Atenção Básica 52,0% e 22,0% afirmaram que essa coordenação foi criada há mais de 1 ano. A CAAN está prevista em 58,3% do organograma da SMS dos municípios e a maioria dos gestores (66,1%) referiram ter um responsável técnico (RT) para atuar frente às ações de alimentação e nutrição, dos quais 92,3% eram nutricionistas (tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da área técnica de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.

VARIÁVEIS	N	%
Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição, na Secretaria Municipal de Saúde		
sim	25	42,4
não	34	57,6
A coordenação de A&N está no organograma da SMS (N=24) *		
Sim	14	58,3
Não	7	29,2
Não sei	3	12,5
Área a qual está vinculada a coordenação de Alimentação e Nutrição (N=25)		
Atenção Básica	13	52,0
Outra	3	12,0
Não sei	9	36,0
Tempo de criação da coordenação de Alimentação e Nutrição (N=25)		
< 1ano	3	12,0
acima de 1 ano	13	52,0
Não sei	9	36,0
Existe RT formalmente indicado para todas as ações de AN na SMS?		
Sim	39	66,1
Não	20	33,9
Qual a formação do RT? (N=39)		
Nutricionista	36	92,3
Outros**	3	7,7

Fonte: Autoria própria, 2024. *As outras profissões citadas foram farmacêutico, enfermeiro e assistente social

Em relação a governança das ações e metas de alimentação e nutrição a ATAN indica que possui autonomia para proposição de projetos, programas e ações, em 86,4% dos municípios e que as ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas, em sua maioria, no Plano Anual de Saúde (52,5%) e no Plano Municipal de Saúde (81,4%). Foi possível observar que 49,2% dos gestores afirmaram que estão contempladas as ações e metas de alimentação e nutrição nos relatórios anual e quadrienal da gestão e que 37,3% dos gestores desconheciam se as ações e metas estavam previstas em outro instrumento (Tabela 3).

Tabela 3: Governança das ações e metas das áreas técnicas de Alimentação e Nutrição dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS-PE, 2021.

VARIÁVEIS	N(59)	%
A área técnica de alimentação e nutrição possui autonomia para proposição de projetos, programas e ações em sua área e atuação (N=59)		
Sim	51	86,4
Não	5	8,5

Não sei	3	5,1
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PPA*		
Sim	20	33,9
Não	19	32,2
Não sei	20	33,9
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PAS**		
Sim	31	52,5
Não	13	22,0
Não sei	15	25,4
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no PMS***		
Sim	48	81,4
Não	4	6,8
Não sei	7	11,9
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas no TCG****		
Sim	18	30,5
Não	18	30,5
Não sei	23	39,0
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas nos relatórios anual e quadrienal da gestão		
Sim	29	49,2
Não	12	20,3
Não sei	18	30,5
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas em outros instrumentos		
Sim	19	32,2
Não	18	30,5
Não sei	22	37,3

PPA: Plano Plurianual; *PAS: Plano Anual de Saúde; ***PMS: Plano municipal de Saúde; ****TCG: Termo de compromisso da Gestão. Fonte: Autoria própria, 2024

Quando questionados se o município elabora ou elaboraram protocolos/guias/manuais orientativos da ABS, 50,8% dos gestores responderam de forma positiva e destes 44,1% afirmaram que a temática de alimentação e nutrição estava contemplada nos documentos norteadores. Foi observado que 39 (66,1%) gestores relataram não dispor de protocolo/manual/guia sobre obesidade em nenhuma faixa etária (infância, adolescente, adultos e idoso), além disso apenas 22,0% dos municípios possuem uma política de alimentação e nutrição e destes 38,5% municípios possuem essa política regulamentada, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Planejamento e gestão de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Pernambuco-Brasil. Projeto ECOASUS- PE, 2021

VARIÁVEIS	N(59)	%
O município elabora protocolos/guias/manuais de ABS		
Sim	30	50,8
Não	21	35,6
Não sei	8	13,6
Os protocolos/guias/manuais de ABS da SMS incluem temas da área de alimentação e nutrição		

Sim	26	44,1
Não	3	5,1
Não sei	1	1,7
Não se aplica	29	49,2
O município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso para adolescentes		
Sim	12	20,3
Não	6	10,2
Não sei	2	3,4
Não se aplica	39	66,1
O município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso para adulto/idoso		
Sim	10	16,9
Não	7	11,9
Não sei	3	5,1
Não se aplica	39	66,1
o município dispõe de protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de obesidade/sobrepeso infantil		
Sim	13	22,0
Não	6	10,2
Não sei	1	1,7
Não se aplica	39	66,1
O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da SMS na temática		
Sim	13	22,0
Não	46	78,0
Em que ano foi PUBLICADA (INSTITUÍDA) a política de alimentação e nutrição, no seu município?		
Antes de 2010	3	23,1
Depois de 2010	10	76,9
A política de alimentação e nutrição do seu município foi regulamentada		
Sim	5	38,5
Não	8	61,5

Fonte: Autoria própria, 2024

Ainda sobre a governança, mas com foco na participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS, 54,2% dos gestores apontaram que a área técnica não tem participação nas decisões da gestão. Dos 27 municípios que afirmaram participar dos processos decisórios, a maior participação foi na elaboração/revisão do plano municipal de saúde (96,3%), seguida da definição de objetivos e metas locais das ações da VAN e com mesmo percentual está a definição de indicadores de desempenho relacionados às ações da VAN, ambas com 81,5%. A menor participação da área técnica foi na elaboração/revisão do termo de compromisso da gestão (59,3%). Os demais resultados sobre a governança dos municípios podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5: Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas técnicas dos municípios de Pernambuco-Brasil-Projeto ECOASUS-PE, 2021

VARIÁVEIS	N (59)	%
Participação da área de Alimentação e Nutrição nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS (N= 59)		
Sim	27	45,8
Não	32	54,2
Participação da área da área de Alimentação e Nutrição na elaboração/ revisão do PPA (N=27) *		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Participação da área de Alimentação e Nutrição na elaboração/ revisão do PMS(N=27) *		
Sim	26	96,3
Não	1	3,7
Participação da área de Alimentação e nutrição participa da elaboração/ revisão do Termo de Compromisso da Gestão(N=27) *		
Sim	11	40,7
Não	16	59,3
Elaboração do relatório anual e quadrienal da gestão(N=27) *		
Sim	16	59,3
Não	11	40,7
Participação e realização na análise da situação de saúde(N=27) *		
Sim	19	70,4
Não	8	29,6
Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (N=27) *		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Definição de indicadores de desempenho relacionados as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (N=27) *		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Definição de recursos para desenvolvimento de ações de Alimentação e Nutrição (N=27) *		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Participação em colegiados de diretores e/ou coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde (N=27) *		
Sim	20	74,1
Não	7	25,9

Fonte: Autoria própria, 2024. 32 gestores apontaram que não se aplica a participação em tomadas de decisão e elaboração de documentos norteadores.

DISCUSSÃO/DISCUSSION

Este estudo, através dos resultados apresentados, referentes ao perfil técnico do gestor, governança e gestão da ATAN, além da alocação dos recursos financeiros, permitiu identificar pontos de fragilidade desde o planejamento até a execução das ações de alimentação e nutrição, demonstrando que a ATAN nos municípios precisa ser fortalecida.

Dos municípios que aderiram à pesquisa, os maiores percentuais são da região do Agreste e do Sertão, que devido às suas iniquidades sociais podem ter influência nas respostas do questionário. A população de Pernambuco foi a quinta que mais empobreceu no país durante o período mais restritivo da pandemia da Covid-19. De acordo com o Mapa da Riqueza no Brasil, pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), a renda média da população pernambucana caiu 0,57% entre 2019 e 2020, passando de R\$ 688,00 para R\$ 684,00 (8).

A maioria dos cargos da gestão das AAN estavam ocupados pelas mulheres, esse dado segue a tendência nacional, uma vez que, as mulheres são a maior força de trabalho na área da saúde (70%) conforme os dados da pesquisa Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres (9). Com relação a raça, a maioria dos gestores se autodeclararam pardos e pretos, e apenas com 1 gestor se autodeclarou indígena, o que demonstra consonância com o informativo do censo 2022, realizado pelo IBGE, onde mais de 65% da população pernambucana se autodeclarou parda e preta (10). É importante observar que mesmo com a localização geográfica da maioria dos municípios participante da pesquisa serem da região do agreste e sertão pernambucano, onde é local de muitas aldeias indígenas e povoados quilombolas, há baixa representatividade desses povos originários ocupando cargos de gestão na área da saúde.

No que tange à formação profissional, mais da metade dos gestores da ATAN são enfermeiras, e em sua maioria o cargo atual que ocupam é cargo de gestor ou referência na ABS. Esse acúmulo de funções, pode trazer prejuízos a ATAN uma vez que ambos os cargos demandam atenção para sua execução, o que exige dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas, além de agenda para garantir a eficiência do planejamento e execução das ações (11).

Em relação ao tipo de vínculo, os gestores contratados por tempo determinado pelo município eram maioria e possuíam tempo de serviço menor que 12 meses na função. Tanto o tipo de vínculo como o pouco tempo de serviço indicam a elevada rotatividade de recursos humanos, além da precariedade do vínculo de trabalho, o que indica uma possível fragmentação na continuidade do planejamento e execução das AAN. A precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde, ainda persiste como um dos importantes problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS (12).

Tonelli et al, em seu estudo através de dados coletados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresentou que a média do tempo de permanência (TP) dos profissionais na Estratégia Saúde da família no município de Montes

Claros no Estado de Minas Gerais foi de aproximadamente 20 meses ($\pm 21,44$ meses), sendo o mínimo de menos de 1 mês e o TP máximo de 141 meses. O TP mais frequente foi de 0 meses, ou seja, tempo menor que 1 mês de serviço, contemplando 6,2% dos profissionais, seguido pelo TP de 1 (5,9%) e de 2 (4,3%) meses. Os motivos da rotatividade dos profissionais são multifatoriais e influenciados por aspectos econômicos, sociais e políticos, que se inter-relacionam em um panorama dinâmico (13).

A permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores críticos para o sucesso da Estratégia Saúde da Família. A rotatividade desses profissionais pode comprometer a efetividade do modelo, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população (14).

A baixa oferta de empregos em cidades com menor número de habitantes, contratos precários, baixa oferta salarial, ausência de concurso público, demissão em massa após eleições, são fatores que podem aumentar a rotatividade de profissionais da saúde nos municípios ocasionando a descontinuidade do cuidado e fragilização do vínculo que é um dos principais atributos da atenção básica, essencialmente quando se trata de doenças crônicas, que demandam cuidado longitudinal. A coleta de dados foi realizada meses após o período das eleições municipais, o que pode justificar o pouco tempo no cargo e o desconhecimento de informações sobre a gestão das AAN. É importante frisar que o período pandêmico também pode ter influenciado esses resultados.

Os resultados desse estudo mostraram que a maioria dos municípios não possuem uma coordenação de alimentação e nutrição ou outra unidade gerencial que seja responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição.

A ausência de uma coordenação municipal de alimentação e nutrição (foi apontada pela maioria dos gestores e pode refletir que a PNAN continua sem ser prioridade nos planos de governos municipais. Em contrapartida, grande parte dos municípios que possuem a coordenação municipal de Alimentação e Nutrição apontaram ter um RT, que, em quase sua totalidade, eram nutricionistas. Ter um profissional nutricionista a frente dessas ações é de grande valia, desde que esse profissional seja capacitado e tenha formação para atuar na área da obesidade e áreas afins para que possa conduzir os problemas relacionados a carga da má nutrição que afligem a ABS e consomem recursos consideráveis do SUS (14,15).

Uma das dificuldades que pode ser atribuída a composição da ATAN é a falta de preparo dos profissionais em trabalhar com gestão, uma vez que o próprio processo de formação é limitante, não preparando esses profissionais para atuar frente ao modelo de gestão do SUS, além da infraestrutura local, muitas vezes ser precária e insuficiente, com

vínculos e remunerações não atrativas. Esses fatores remetem à falta de cultura de incentivo e a devida importância à organização da gestão. Fatores criam um ambiente onde é difícil manter profissionais capacitados e motivados, comprometendo a eficácia das iniciativas de alimentação e nutrição nos municípios (16,17).

Dos municípios pernambucanos, participantes dessa pesquisa, poucos são que possuem uma coordenação específica para as AAN, e mesmo com as ações e metas contempladas no plano anual de saúde e no plano municipal de saúde da maioria dos municípios, é um fator preocupante uma vez que sem uma referência bem definida há o risco de descontinuidade nas ações gerando o enfraquecimento e inviabilização todo o processo de implementação da própria PNAN. Em contrapartida um grande percentual dos gestores da ATAN referiu possuir autonomia para proposição de projetos, programas e ações em sua área e atuação, o que é um ponto positivo, uma vez que essa proposição é crucial para adaptação às necessidades específicas do contexto local e de certa forma, pode garantir a proposição, por parte desses gestores, da implementação e/ou continuidade da política municipal de alimentação e nutrição.

Quando observamos os dados sobre planejamento e gestão de materiais educativos utilizados como apoio técnico no cuidado do sobrepeso e obesidade da SMS, a grande maioria dos municípios indicou que produz material e que a temática de alimentação e nutrição está contemplada nos protocolos/guias/manuais da ABS. Entretanto, quando esses gestores foram questionados se o município dispõe de protocolos, manuais, guias ou documentos similares para obesidade/sobrepeso para todas as faixas etárias, a maioria dos gestores, afirmaram que “não se aplica”. Pode-se interpretar que estes municípios e suas respectivas equipes da ABS, podem não estar preparadas para o acolhimento e cuidado da pessoa com obesidade, à luz das recomendações científicas.

Orué em 2023, em seu estudo sobre gestão das áreas de alimentação e nutrição em municípios de Mato Grosso do Sul refere achados semelhantes sobre a caracterização da governança e os documentos norteadores sobre as ações de alimentação e nutrição, onde entre os municípios que referiram possuir ATAN no organograma da SMS, foi mais frequente que ações e metas da área estivessem previstas no Plano Municipal de Saúde (75,9%), no Plano Anual de Saúde (65,5%), nos Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão (58,6%) e no Plano Plurianual (55,2%) (16).

A gestão municipal deve incentivar a sua equipe técnica na produção de manuais, guias, protocolos utilizando como referência os materiais produzidos pelo MS, que possam subsidiar as políticas, programas e ações locais que visem a incentivar, apoiar, proteger e

promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. Cabe aos responsáveis técnicos pelas ações de promoção da alimentação adequada e saudável do município adaptar as orientações para sua realidade local (18).

Tratando-se da instituição da Política de Alimentação e Nutrição, os resultados mostram que em Pernambuco, quase 80% dos municípios, participantes da pesquisa, não possuem a sua Política de Alimentação e Nutrição. Por outro lado, dos municípios do estudo que já tem a política instituída (22%), em apenas 38,5% das cidades, esta política encontra-se regulamentada. Bortolini et al, 2024, em seu estudo traz a reflexão que mesmo os estados e municípios com autonomia dentro do SUS, a gestão federal do sistema possui um papel importante na indução da agenda em nível local, mesmo com um texto na própria PNAN definindo a quem pertence a responsabilidade da gestão federal, estados e municípios, e apontando diretrizes de atuação (19).

Quando um município não possui uma Política de Alimentação e Nutrição própria, isso pode resultar em uma desorganização na atenção nutricional local e como consequência pode ocorrer a ausência de incentivo, fragmentação ou descontinuidade das ações e programas relacionados aos cuidados para promoção da saúde e prevenção de doenças associadas à má nutrição (20).

Neste estudo, os resultados apresentados mostram que a AAN se encontra excluída dos processos decisórios relativos ao planejamento e gestão da SMS em mais de 50% dos municípios que foram objeto desse estudo. A ausência do reconhecimento acerca da relevância da contribuição técnica fornecida pela referida área no âmbito das políticas públicas e iniciativas direcionadas para a promoção do cuidado nutricional colabora para o enfraquecimento da administração e pode comprometer a eficácia das medidas implementadas. Orué et al, 2023, traz dados contrários sobre a participação da AAN em processos decisórios nos municípios de Mato Grosso do Sul, onde mais da metade participava dos processos decisórios do planejamento e da gestão da SMS (n=27; 67,5%) (16).

CONCLUSÃO/CONCLUSION

De fato, com os resultados apresentados por esse estudo, foi possível traçar e analisar a gestão das ações de alimentação e nutrição voltadas ao cuidado de pessoas com obesidade na ótica de gestores da atenção básica em saúde do estado de Pernambuco e chegar ao entendimento que para controle mais efetivo de agravos à saúde multifatoriais como a obesidade, é preciso que haja uma melhor organização da atenção nutricional.

CONTRIBUIÇÕES

Concepção e desenho do estudo: Maria Carolina Tenório

Revisão de literatura: Maria Carolina Tenório

Aquisição de dados: Nathalia de Paula Souza

Análise e interpretação de dados: Maria Carolina Tenório, Nathalia de Paula Souza, Vanessa Leal

Elaboração do artigo: Maria Carolina Tenório

Revisão do artigo: Nathalia de Paula Souza, Vanessa Leal

Aprovação final da versão submetida à revista: Vanessa de Sá Leal

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

2. SWINBURN, Boyd A. et al. **The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report.** Lancet. 2019 Feb 23;393(10173):791-846. Epub 2019 Jan 27. Review. Erratum in: Lancet. 2019 Feb 23;393(10173):746. PubMed PMID: 30700377. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.

3. AFSHIN, Ashkan et al. **Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** The Lancet, v. 393, n. 10184, p. 1958-1972, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

4. Castro IRR de. **Má nutrição, iniquidade e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019 Jul;24(7):2376–. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15392019>

5. Reis EC dos, Aprelini CM de O, Jesus TR de, Faria CP de, Enríquez-Martinez OG, Molina M del CB. Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo. DEMETRA [Internet]. 30º de agosto de 2022 [citado 15º de julho de 2024];17:e63954. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/63954> <https://doi.org/10.12957/demetra.2022.63954>

6. Dias PC, Henriques P, Anjos LA dos, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017;33(7):e00006016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>

7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Modo de acesso: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf ISBN 978-65-5993-350-1

8. Neri, M., 2023. Mapa da Riqueza - no Brasil - Marcelo Neri FGV Social, Fundação Getúlio Vargas. Brazil. Retrieved from <https://policycommons.net/artifacts/4846841/mapa-da-riqueza/5683555/> on 15 Jul 2024.

9. IBGE, **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. n. 38 3. ed. 15, 36 p. Rio de Janeiro. 2024
10. BRASIL. Censo Demográfico 2022 Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos – CNEFE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**.2024.
11. NUNES LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine RR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>
12. EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M. DE.; MUROFUSE, N. T.. **Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná**. Saúde em Debate, v. 39, n. 104, p. 18–29, jan. 2015.
13. TONELLI, B. Q., LEAL, A. P. R., Tonelli, W.F. Q., Veloso, D. C. M. D. , Gonçalves, D. P. , Tonelli S.Q. . **Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil** RFO UPF, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018
14. GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. **Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família**. RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, dez. 2013.
15. Jaime PC, Silva ACF da, Lima AMC de, Bortolini GA. **Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro**. Rev Nutr [Internet]. 2011Nov;24(6):809–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>
16. Orué AL, Araújo KD de, Bello H, Rafacho BPM, Pastorello CCVG, Macedo MLR, et al.. Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023May;28(5):1525–38. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12192022>
17. Magnago C, Pierantoni CR. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)**. Saúde debate [Internet]. 2015Jan;39(104):9–17. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
19. Bortolini, G. A., Basso, C., Jaime, P. C.. Recomendações para o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2024/Jan). [Citado em 15/07/2024]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/recomendacoes-para-o-fortalecimento-da-implementacao-da-politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao/19053>
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. 2013. Portaria no 424, de 19 de março de 2013.

ANEXO 3- LISTA DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

SERTÃO	ZONA DA MATA	AGRESTE	RMR
JATOBÁ	LAGOA DO OURO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	RECIFE
FLORESTA	POMBOS	CUPIRA	SÃO LOURENÇO DA MATA
SANTA MARIA DA BOA VISTA	VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	BOM CONSELHO	ILHA DE ITAMARACÁ
AFOGADOS DA INGAZEIRA	JOÃO ALFREDO	BEZERROS	CAMARAGIBE
TRINDADE	FEIRA NOVA	SAIRE	PAULISTA
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	PALMARES	PALMEIRINA	OLINDA
TABIRA	TIMBAUBA	SANTA CRUZ	
VERDEJANTE	PRIMAVERA	VENTUROSA	
IPUBI	LAGOA DE ITAENGA	BREJÃO	
CEDRO	FERREIROS	GRAVATÁ	
ARARIPINA	ITAMBÉ	TAQUARITINGA DO NORTE	
BODOCO	RIBEIRÃO	CARUARU	
CABROBÓ	CARPINA	CORRENTES	
SÃO JOSÉ DO EGITO	CAMUTANGA	VERTENTE DO LÉRIO	
PETROLÂNDIA	MARAIAL	SÃO CAETANO	
BELÉM DE SÃO FRANCISCO		CANHOTINHO	
BETANIA		ÁGUAS BELAS	
MANARI		CAETÉS	
		ANGELIM	
		ALAGOINHA	