

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Thais Michele de Medeiros Rigueti

**Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à
Saúde no Brasil**

Rio de Janeiro

2023

Thais Michele de Medeiros Rigueti

Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Cavalcante de Barros.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ana Laura Brandão.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: The different perspectives on the management of Food and Nutrition in Primary Health Care Health in Brazil.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Código de Financiamento 001.

R572d Rigquete, Thais Michele de Medeiros.
Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil / Thais Michele de Medeiros Rigquete. -- 2023.
117 f. : il.color.

Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
Coorientadora: Ana Laura Brandão.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 77-88.

1. Gestão em Saúde. 2. Política Nutricional. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Política Pública. I. Título.

CDD 363.8

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Thais Michele de Medeiros Riguete

Os diferentes olhares sobre a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Aprovada em: 18 de outubro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Juliana Pereira Casemiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Nutrição

Prof.^a Dra. Angela Oliveira Casanova
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Ana Laura Brandão (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Denise Cavalçante de Barros (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido realizar mais uma conquista pessoal e profissional.

Gratidão aos meus pais Andréa do Nascimento de Medeiros Rigueti e Mauro Lúcio Rigueti por todo incentivo e apoio durante toda minha vida para que eu pudesse estudar e realizar meus desejos acadêmicos, profissionais e pessoais. Vocês são os melhores pais do mundo!

A ENSP/FIOCRUZ por oportunizar minha formação em Saúde Pública durante o período da pandemia por Covid-19 e me possibilitar um universo de conhecimentos maravilhosos sendo referência em excelência e de tamanha importância para a história da saúde coletiva brasileira.

As minhas orientadoras Denise Cavalcante de Barros e Ana Laura Brandão, por toda paciência, dedicação e cuidado durante o meu processo de orientação e por não terem sequer cogitado em desistir da nossa pesquisa durante meu momento de fragilidade em função de meu adoecimento mental. Vocês são exemplos em todos os aspectos. Me sinto honrada por ter podido ser orientada por vocês duas!

As profissionais de saúde que me acompanharam durante a realização do mestrado e ainda me acompanham, a psicóloga Maria Estela Gomes de Oliveira Pacheco de Castro Sixel Fernandes e a médica psiquiatra Patrícia Maia Klippel.

Aos meus Bulldogs Franceses Aurora e Horácio por serem os melhores cachorros do universo! A existência de vocês é um presente.

Meus colegas do programa de mestrado foram fundamentais para essa conquista, em especial Matheus Moutinho e Camila Cunha Maia Nogueira Nunes, pela nossa parceria durante toda jornada acadêmica.

RESUMO

A alimentação é considerada como um direito, assim como um dos determinantes da saúde. Muitas ações preconizadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem como locus privilegiado de ação a Atenção Primária à Saúde, que configura-se como a porta de entrada preferencial à assistência à saúde no Brasil. O presente estudo objetiva analisar as ações da gestão da Alimentação e Nutrição na APS no Brasil. O trabalho se desenvolveu a partir de dados coletados para o estudo “Construção de consenso de recomendações para a estruturação da atenção nutricional na Atenção Primária em Saúde”. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com dados coletados no primeiro semestre de 2021, foram entrevistados especialistas com o seguinte perfil: gestores das três esferas de governo, profissionais da APS, representantes de instâncias colegiadas dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional; Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, Conselhos de Saúde, da sociedade civil organizada e de professores/ pesquisadores referências na área. O presente estudo utilizou o banco de dados com as respostas já sistematizadas do instrumento de pesquisa original, especificamente o bloco 1 e o componente técnico de gestão e questões gerais do bloco 3. Os dados foram analisados conforme metodologia proposta pelas autoras Bardin (1977) e Minayo (1998). Os achados foram organizados em quatro blocos, sendo eles: Caracterização dos participantes da pesquisa, Estrutura, Planejamento, Monitoramento e Avaliação e Articulação Intrasetorial, intersetorial e agenda da Alimentação e Nutrição. Os resultados trouxeram uma pluralidade de questões que foram consideradas tópicos sensíveis no que tangencia o gerenciamento das ações de Alimentação e Nutrição como recursos humanos, incluindo quantitativo profissional e sobrecarga de trabalho, vínculo e formação dos profissionais no serviço e na graduação, necessidade de estabelecimento do perfil do gestor, problemas de vínculo institucional, ausência de recursos financeiros ou dificuldades na administração dos recursos, falta de equipamentos, dificuldades nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação, tanto de indicadores de estado nutricional, quanto recursos financeiros, necessidade de articulação intersetorial e intersetorial e um novo olhar ampliado para a agenda de Alimentação e Nutrição. Esses resultados indicam a necessidade de fortalecer a APS para que se possa também consolidar e ampliar o escopo de ações no âmbito da Alimentação e Nutrição, bem como valorizar e fortalecer os profissionais que estão inseridos tanto na gestão, como na assistência com ligação direta com as ações de Alimentação e nutrição.

Palavras-chave: gestão em saúde; política nutricional; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Food is considered a right, as well as one of the determinants of health. Many actions recommended by the National Food and Nutrition Policy have Primary Health Care as their privileged locus of action, which is the preferred gateway to health care in Brazil. The present study aims to analyze the actions of Food and Nutrition management in PHC in Brazil. The work was developed based on data collected for the study “Construction of consensus on recommendations for structuring nutritional care in Primary Health Care”. This is a descriptive and exploratory study, with data collected in the first half of 2021, experts with the following profile were interviewed: managers from the three spheres of government, PHC professionals, representatives of collegiate bodies of the Food and Nutrition Security Councils ; Interministerial Chamber of Food and Nutritional Security, Health Councils, organized civil society and professors/researchers who are references in the area. The present study used the database with the answers already systematized from the original research instrument, specifically block 1 and the technical management component and general questions from block 3. The data were analyzed according to the methodology proposed by the authors Bardin (1977) and Minayo (1998). The results were organized into four blocks, namely: Characterization of research participants, Structure, Planning, Monitoring and Evaluation and Intrasectoral and intersectoral articulation and Food and Nutrition agenda. The results brought up a plurality of issues that were considered specific regarding the management of Food and Nutrition actions as human resources, including professional quantity and work overload, link and training of professionals in the service and in graduation, need to establish the profile of the manager, problems of institutional linkage, lack of financial resources or difficulties in managing resources, lack of equipment, difficulties in planning, monitoring and evaluation actions, both of nutritional status indicators and financial resources, need for intersectoral coordination and intersectoral approach and a new, expanded look at the Food and Nutrition agenda. These results indicate the need to strengthen PHC so that it can also consolidate and the scope of actions within the scope of Food and Nutrition, as well as value and strengthen professionals who are involved in both management and assistance with direct connection with the food and nutrition actions.

Keywords: health management; nutritional policy; primary heal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descrição dos marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil por ano.....	25
Quadro 2 -	Distribuição dos participantes por região, escolaridade, categoria profissional e tempo de experiência na gestão da NA na APS. Brasil, 2021.....	47
Quadro 3 -	Síntese das categorias de análise de acordo com as temáticas de cada bloco.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades relacionadas à Gestão das ações de alimentação e nutrição realizadas pelos especialistas participantes da pesquisa, Brasil, 2021.....	51
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
A&N	Alimentação e Nutrição
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAISAN	Câmaras Intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRN	Conselho Regional de Nutrição
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUN	Financeiro das ações de alimentação e nutrição
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IES	Instituição de Ensino Superior
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado De Saúde Da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PENSSAN	Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ- AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROTEJA	Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIS	Sistemas de Informação da Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único De Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

VAN Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	18
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL.....	24
3.3	GESTÃO DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS.....	35
4	METODOLOGIA	42
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2	TAMANHO DA AMOSTRA.....	43
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	43
4.4	COLETA DE DADOS.....	43
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	44
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	ANEXO A – RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA	89
	ANEXO B – RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	99

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Juiz de Fora - MG (no período entre 2012-2017). Nesse período me envolvi em inúmeros projetos e atividades extensionistas de diversas áreas como indústria de laticínios e prevenção de doenças renais com a finalidade de aprimorar meu conhecimento e conteúdo enquanto graduanda.

De todas as atividades realizadas por mim, a favorita foi a participação na qualidade de auxiliar de pesquisa na pesquisa intitulada “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família Após 5 anos de seguimento em Juiz de Fora - MG”, onde obtive meu primeiro contato com a Atenção Básica e a Saúde da Família. Durante este projeto tive a oportunidade de aplicar diversos questionários baseados nos dados relativos ao VIGITEL, bem como realizar avaliação antropométrica. A partir daí se inicia meu interesse sobre assuntos relacionados à Saúde Pública. Por meio deste projeto tive a possibilidade de estudar mais sobre a área e participar de diversos congressos apresentando trabalhos científicos nos anos de 2016/2017.

Em 2016, ainda durante a graduação, cursei a disciplina “Nutrição aplicada à Saúde Pública” que foi minha favorita em todo o curso, da qual posteriormente em 2017 me tornei monitora. Foi o meu primeiro contato com as temáticas que permeiam a nutrição como um direito inerente à dignidade humana, independente das condições socioeconômicas dos indivíduos, bem como das políticas públicas envolvidas. A partir daí comecei a levantar a bandeira dos direitos sociais relacionados à alimentação e nutrição e ao SUS.

Ao finalizar minha graduação no ano de 2017, trabalhei em uma creche privada do município de Petrópolis desenvolvendo atividades de educação alimentar e nutricional, além de elaboração de cardápios; atuei em uma empresa de home care e prestei atendimentos clínicos em consultório.

No ano de 2019 entrei para o programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UNIFASE - Petrópolis para atuar efetivamente no campo de prática da nutrição em saúde coletiva e realizar meu sonho de atuar no SUS.

A residência multiprofissional me proporcionou atuar junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família no modelo de matriciamento, de acordo com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Este período foi um enorme divisor de águas na minha carreira (e na minha própria vida pessoal).

Durante a residência pude me deparar com uma realidade totalmente diferente de tudo que eu havia visto antes e, ao mesmo tempo, tão próxima, considerando que é no município em

que vivi praticamente a vida toda. Pude visualizar e participar diariamente, enquanto profissional de saúde, de todos os impactos gerados pelas mazelas sociais na vida das pessoas e em sua alimentação, tive a oportunidade de enxergar na prática como a educação em saúde e práticas que geram autonomia dos sujeitos podem mudar a vida das comunidades.

Outro ponto muito importante para mim é o trabalho multiprofissional desenvolvido por todos os profissionais de saúde e como ele pode ser mais efetivo para os usuários dos serviços de saúde. Acho que jamais verei em algum outro lugar o que foi visto por mim ao longo dos dois anos de residência (Petrópolis, embora seja uma cidade de IDH elevado e histórica, esconde desigualdades sociais terríveis).

A Atenção Básica mudou minha vida e a forma de enxergar as coisas, hoje me considero uma pessoa muito melhor do que eu era antes e tenho muito orgulho disso. Atualmente faço parte do Programa Acadêmico de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz na área da área de concentração Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

No ano de 2020 ingressei na gestão da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Município de Petrópolis, atuando até 2022 junto à coordenação das ações de alimentação e nutrição e na gestão de programas como o extinto Auxílio Brasil.

Desde julho de 2023 atuo como docente do curso de medicina da UNIFASE/ FMP de Petrópolis, ministrando as disciplinas práticas de Saúde e Sociedade I e II .

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a alimentação é considerada como um direito inegociável (Brasil, 2010) assim como um dos determinantes da saúde pelo o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990; 2010). Dentre as competências do SUS tem-se a “formulação, avaliação e apoio das políticas de alimentação e nutrição” (Bortolini *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 2013) dialoga com o SUS ao cooperar no alcance da segurança alimentar e nutricional por meio do monitoramento do estado nutricional e o controle de deficiências nutricionais, as quais envolvem diretamente a APS no desenvolvimento de ações e de vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento das famílias assistidas pelos programas sociais do governo, como o Programa Bolsa Família, e programas de suplementação de ferro e de suplementação de vitamina A (Vaconcelos, 2021).

As diretrizes da PNAN têm como locus privilegiado de ação a Atenção Primária à Saúde (APS), que se configura como a porta de entrada preferencial à assistência à saúde no Brasil (Brasil, 1990). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) viabilizam o acesso permanente dos usuários aos serviços.

A Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição é uma das diretrizes da PNAN (Brasil, 2013), sendo uma ação solidificada na APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, capaz de gerenciar e realizar as articulações intersetoriais justamente pela sua natureza advinda da reforma sanitária (Fagundes *et al.*, 2021). Inicialmente é importante salientar sua responsabilidade no direcionamento, na integração com os demais níveis de assistência e a regulação dos fluxos relacionados ao atendimento (Giovanella *et al.*, 2009).

Dentro do contexto da atenção primária encontra-se sua gestão que engloba também a gestão das ações Alimentação e Nutrição na APS. A gestão da APS implica no desenvolvimento de competências administrativas de profissionais que saibam receber demandas, refletir sobre elas e transformá-las em planos de ação e soluções que atendam às necessidades da população (Trindade *et al.*, 2019).

Uma infinidade de fatores como estrutura física, resolutividade dos profissionais e planejamento (criação de indicadores, monitoramento e formas de avaliação) são vertentes de trabalho que buscam aperfeiçoar a gestão e conseqüentemente da qualidade dos serviços ofertados à população (Fischer *et al.*, 2014).

Os gestores da APS devem se comprometer com o adequado funcionamento das organizações e há o desafio de estabelecer a melhor alocação possível dos recursos disponíveis para atender demandas gerenciais, visando otimizar o funcionamento das instituições de saúde, para obter alto grau de eficiência, eficácia e efetividade (Tanaka; Tamaki, 2012).

Tratando-se de gestão da alimentação e nutrição na APS, cabe aos gestores responsáveis atrelarem em seus princípios orientados de acordo com PNAN e demais políticas relacionadas à alimentação e nutrição visando promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde (CIAN/CNS) e o Ministério da Saúde apontaram como um desafio para a PNAN a qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição (Alves; Jaime, 2014).

Nesse sentido, considerando o contexto de gestão em saúde, sobretudo gestão das ações de alimentação e nutrição na APS, pode-se dizer que os gestores enfrentam alguns tipos de obstáculos que necessitam ser objetos de discussão na busca de soluções (Martins; Waclawovsky, 2019).

Um dos pontos de crítica dos gestores é o excesso de burocracia no processo de gestão em saúde, que é muito utilizado para atender interesses particulares, controlar e reduzir gastos. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a burocratização tem como resultado o descumprimento do planejamento e a lentificação da distribuição de insumos, o que traz prejuízos aos usuários da rede (Ximenes; Sampaio, 2008).

De acordo com Junqueira et al. (2010), os gestores também destacam como um problema a gestão dos recursos humanos, especialmente os aspectos ligados à segurança dos trabalhadores, quantitativo, rotatividade, salários justos, principalmente aos trabalhadores ligados à Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, os mesmos autores reafirmam a necessidade de sensibilizar trabalhadores da saúde com o intuito de que haja uma combinação entre suas competências profissionais e as necessidades da população atendida.

Outro ponto importante e crítico da gestão é o seu monitoramento e a avaliação, sendo esta uma das grandes dificuldades para os municípios em função da baixa qualificação para elaboração de protocolos e normas voltados para as necessidades locais (Dobashi, Fernandes Da Silva, Amarante, 2010).

Carvalho *et al.* (2021) trazem as dificuldades sobre a formação de gestores para a realização das ações de Alimentação e Nutrição no método de propagar o conhecimento, considerando as diferentes percepções dos profissionais que compõem a APS, nos recursos disponíveis para tal formação e na melhor forma de avaliar os processos de educação. O gerenciamento de políticas públicas e programas, na maior parte das vezes, envolve a escassez, histórica e recorrente, de recursos financeiros, físicos e técnicos.

A formação, tanto a nível técnico como acadêmico, precisa se relacionar à realidade do SUS, considerando suas fragilidades, doutrinas, e potencialidades, além dos processos organizacionais e alinhar os saberes práticos e teóricos às competências técnicas dos profissionais, por exemplo, os nutricionistas necessitam saber atender as demandas de saúde, além de operacionalizar e gerenciar o SUS, sendo isso uma meta a ser alcançada (Silva *et al.*, 2015).

Considerando o contexto sanitário em termos de gestão do SUS, sobretudo gestão da A&N na APS, é percebido que ainda existem dificuldades a serem enfrentadas nas rotinas dos gestores. Sendo assim, dados sobre o componente gestão sob o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos nesse cenário, de responsabilidades de diferentes esferas do governo, tanto da APS quando da gestão geral são capazes de subsidiar informações importantes e trazer discussões acerca de como se tem sucedido à gestão das ações de A&N na APS brasileira, auxiliando na formulação de um panorama e de melhorias e estratégias.

Diante do atual contexto sanitário e considerando os avanços e desafios que envolvem gestão das ações na APS no âmbito do SUS, torna-se imprescindível analisar a gestão das ações de alimentação e nutrição na perspectiva da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

O presente estudo pode contribuir para evidenciar o panorama atual da gestão das ações em alimentação e nutrição na APS, bem como destacar as principais dificuldades ainda encontradas, discutindo as potenciais melhorias a serem feitas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a gestão da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil segundo diferentes olhares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar obstáculos e estratégias relacionados à gestão das ações de alimentação e nutrição na APS na perspectiva dos participantes do estudo;
- Verificar estratégias usadas para avaliação e monitoramento da gestão das ações de alimentação e nutrição na APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O Relatório Dawson de 1920 (OPAS, 1964) foi um divisor de águas para concretizar a ideia de APS como sendo uma forma organizacional de reger os sistemas nacionais de saúde na Inglaterra. A sua proposta foi a reelaboração do modelo de atenção à saúde seguindo a ideia de que os serviços fossem organizados conforme os níveis de complexidade e considerando os custos financeiros de cada tratamento (Hübner E Franco, 2007).

De acordo com Dawson, os centros de saúde primários deveriam solucionar o maior montante das questões de saúde da população e funcionar como a referência de entrada e núcleo norteador do sistema, de modo a se articular, com o suporte de polos de saúde secundários e hospitais de ensino (Hübner E Franco, 2007).

O Relatório Dawson se propôs a refutar o modelo flexneriano americano pautado exclusivamente no curativo, fundamentado no reducionismo biológico e limitado no cuidado individualmente. Assim, sob outra perspectiva, este modelo tornou-se uma referência para o modelo organizacional de saúde inglês, que começou a gerar preocupação às autoridades devido ao alto custo, à crescente necessidade da atenção médica e à baixa resolutividade das questões de saúde (Matta *et al.*, 2009).

De forma globalizada, tem-se a ideia de “Atenção Primária à Saúde” (primary healthcare) sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde direcionada para suprir de forma regionalizada, contínua e sistematizada o maior montante das necessidades de saúde populacional, fazendo um elo entre as ações preventivas e curativas, bem como à assistência a nível prioritariamente comunitário mas também contemplando o individual (Fausto e Matta, 2007).

As formas de organização da APS assumiram, desde seu surgimento no século XX, os moldes econômicos, políticos e culturais, considerando diferentes contextos, épocas e agentes sociais (Portela, 2017).

Considerando proporções internacionais, a iniciativa da construção de uma APS que contemplasse a todos de forma integradora foi demonstrada e discutida na Conferência Internacional sobre os cuidados primários à saúde em 1978, que foi promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na União Soviética, posteriormente confirmada pela Declaração de Alma-Ata que completa 45 anos em 2023. A declaração teve forte influência nas reformas sanitárias que ocorreram entre os anos 1980 e 1990, prioritariamente em países que se

propuseram a formular sistemas de saúde públicos e de cunho universal. É notório o reconhecimento da relevância da APS nas agendas internacionais, bem como suas variadas concepções de APS atreladas à discussão da importância do Estado na proteção à saúde (Giovanella, 2015).

Tendo como causa contextos econômicos limitantes e propósitos de restrição com despesas em saúde, as reformulações em termos de estruturação e organização dos serviços que englobam a Atenção Primária, foram instituídos em vários países europeus na década de 1990, para possibilitar a ordenação dos serviços ofertados dentre os diferentes níveis de atenção, tendo como desfecho novas estruturas organizacionais (Giovanella, 2006).

Para além do objetivo de contenção financeira em saúde, um melhor gerenciamento dos cuidados procurava acompanhar as necessidades de alterações no perfil epidemiológico que, por sua vez, apresentava uma crescente prevalência de doenças crônicas. A gestão do cuidado de pacientes crônicos resulta na necessidade de articulação simultânea entre diferentes tipos de serviços de diferentes complexidades, o que justifica a existência da coordenação entre níveis de atenção (Giovanella, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais inovações tecnológicas do século XX. Constitui-se em uma construção coletiva, uma obra em aberto, estritamente articulada com as estratégias de construção dos sistemas universais e públicos de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018, p.15).

A configuração da Atenção Primária à saúde brasileira consiste em um conjunto de ações na esfera da saúde que são destinadas a atender a necessidades tanto a nível individual como coletivo e que, especificamente, durante o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), passou, a também, ser chamado de atenção básica à saúde. A atenção básica é considerada a principal porta de entrada no sistema público de saúde e o primeiro nível de atenção constituinte de uma rede de ordem hierarquizada e distribuída em crescente complexidade, conforme foi definido na Constituição Federal de 1988, onde se estabeleceu o SUS (Giovanella *et al.*, 2014).

A lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 traz que saúde é um direito fundamental do ser humano e irrefutável, devendo, portanto, o Estado assegurar condições mínimas indispensáveis para sua garantia, por meio da formulação e execução de políticas públicas que objetivem à diminuição de riscos de doenças e assegurando o acesso universal de forma igualitária às ações e serviços que visem essa finalidade. Sendo assim, temos a alimentação como um de seus condicionantes (Brasil, 1990).

Em termos conceituais, podemos dividir a APS em concepções e abordagens e posteriormente a análise da trajetória histórica das políticas de atenção primária à saúde no Brasil, dando ênfase para a Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica (Giovanella *et al.*, 2014).

A implementação do SUS no início da década de 1990 foi estabelecida através da adoção de tomadas de decisão por parte do governo federal da expectativa de propiciar o direcionamento das ações e serviços de saúde para o nível municipal e através desse processo, algumas experiências exitosas dos municípios sobre a organização da assistência, passaram a alavancar o debate brasileiro sobre a definição do molde adotado de atenção do SUS, bem como o estudo de métodos de torná-lo viável em território nacional. A união das diretrizes de descentralização e municipalização dos serviços ofertados pela APS, condicionou modelos singulares na reforma da saúde brasileira (Mendonça *et al.*, 2018).

No Brasil, a APS se constitui pelos princípios ideológicos da Reforma Sanitária, proporcionado a avaliação, análise, articulação e produção de conhecimento através dos membros representantes da esfera civil engajados na construção coletiva e avaliação das políticas públicas baseada nos direitos enquanto cidadãos, da representatividade, dos gestores públicos de saúde e da participação coletiva por meio dos conselhos de saúde municipais, regionais e locais, do poder Legislativo e do Judiciário (Santos *et al.*, 2010).

A APS brasileira tem como função executar e operacionalizar de forma ordenadora, considerando suas principais atribuições como funcionar como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, ofertar serviços com infraestrutura e qualidade de forma integrada à rede assistencial, garantir a longitudinalidade do cuidado, solucionando o maior montante de questões de saúde populacionais, direcionar o usuário dentro da própria rede assistencial, ser responsável pela ordenação do cuidado do usuário entre os níveis de complexidade pré-estabelecidos, ser responsável pela população adscrita ao seu território de atuação e incentivar a atuação participativa comunitária (Brasil, 2006).

No Brasil, a personificação da APS se deu através da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) que foi iniciado em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, tornando-se então Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Franco *et al.*, 1999).

A ESF se beneficiou de ações que norteiam o campo da saúde coletiva, considerando os princípios da equidade, universalidade, integralidade, buscando o equilíbrio entre o cuidado coletivo e individual. Nela são contempladas as ações de promoção, prevenção e cuidado contínuo, desde as demandas espontâneas até as atividades programadas, tendo como os

principais atores a equipe mínima de saúde com ênfase o no protagonismo dos agentes comunitários de saúde (ACS) que são um elo entre a equipe multiprofissional e a comunidade (Franco *et al.*, 1999). A equipe mínima de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Franco *et al.*, 1999).

O Pacto pela Saúde desenvolvido em 2006 foi o um grande destaque para a oficialização institucional da política de Atenção Primária Brasileira e, além disso, definir os compromissos sanitários das três esferas governamentais, confirmando o comprometimento com as diretrizes do SUS. Como parte deste planejamento foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que oficializou a saúde da Família como modelo assistencial para a Atenção Primária Brasileira, objetivando reforçar a oferta de ações e serviços, considerando a atenção em sua integralidade desde a promoção até a reabilitação dos usuários (Brasil, 2006).

De acordo com segunda versão da PNAB criada em 2011, na qual é apresentada reformulações nas diretrizes, ela pode ser compreendida por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde, que contemplam tanto no âmbito individual, como no coletivo, mantendo o princípio de definição territorial para que se possa contemplar com maior eficiência o planejamento das ações de saúde de acordo com cada realidade, tendo em mente o acesso universal e contínuo, de qualidade, longitudinalidade, que integre equipe e território, além do estímulo à participação social (Brasil, 2011).

Já a PNAB elaborada em 2017 (Brasil, 2017), traz consigo um enorme desafio no que tange a manutenção da qualidade assistencial da APS por meio da a revisão de diretrizes que ameaçam a organização de uma APS, inclusiva e equânime e que respeite os princípios da reforma sanitária. Dentre inúmeros percalços podemos vislumbrar a autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado), que pode impactar diretamente na qualidade e quantidade de serviços ofertados nas UBS, bem como a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família, que pode dificultar a real cobertura em função do número excessivo de indivíduos pertencentes ao território em relação ao quantitativo de profissionais de saúde entre outros tipos de arranjos organizacionais na atenção básica (Fausto, 2018).

Definidos por Barbara Starfield (2002), os atributos essenciais da atenção primária são: serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, garantindo atenção oportuna e resolutiva com longitudinalidade, integralidade, coordenação e foco na família. A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e contínua. A atenção

no primeiro contato ocorre quando a população e a equipe identificam aquele serviço ofertado como o primeiro a ser buscado quando há uma necessidade de saúde (Oliveira e Pereira, 2013).

A integralidade pode ser compreendida em quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação entre as ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias. A primeira reafirma a existência de um movimento crítico e de recusa a um sistema de saúde que privilegia a especialização e a medicalização, segunda dimensão toma a integralidade como garantia de acesso a diversos níveis de atenção, cuja característica primordial é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde, a terceira dimensão da integralidade é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, o quarto e último sentido ou dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram (Pinheiro e Mattos, 2009).

A longitudinalidade implica a existência do acompanhamento por profissionais da equipe de atenção primária em saúde ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (Cunha e Giovanella, 2011). A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados (Giovanella e Mendonça, 2014).

Pode-se dizer que durante a década de 1990 e nos anos 2000 houve projetos do governo para a estabilização da Estratégia Saúde da Família (ESF) para ampliação da APS. Ocorreu a expansão da cobertura dos serviços de APS, bem como a operacionalização de programas e ações direcionadas ao aprimoramento do cuidado ofertado à população (Mendes *et al.*, 2012).

Nesse sentido é possível destacar a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008 pela Portaria GM/ MS nº 154 de 24 de junho de 2008 (NASF), que são equipes multiprofissionais que possuem como função primordial o aumento da abrangência e o escopo das ações de APS, para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para expandir a resolubilidade nesse nível de atenção (Almeida e Medina, 2021).

Contrapondo modelos convencionais de prestação de cuidados, focados na assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a ideia do trabalho do NASF é transpor essa linha de raciocínio em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio

de atendimentos compartilhados. Além disso, inclui planos de trabalho e projetos terapêuticos que sejam inclusivos com os usuários dos serviços e que considerem a individualidade dos sujeitos assistidos (Anjos *et al.*, 2013).

A implantação do NASF na APS se pauta na busca intermitente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, em consonância à perspectiva de consolidação da ESF. Nesse aspecto, pode-se considerar o NASF visionário, principalmente quando se olha pela perspectiva da formação dos profissionais de saúde, que, em sua magnitude, encontram-se longe das concepções que originam o NASF (Mângia e Lancman, 2008).

Considerando toda ideia por trás da elaboração do NASF (atual eMulti), torna-se imprescindível destacar o papel do nutricionista, enquanto profissional atuante na assistência na APS, sendo fundamental para a ampliação das ações de A&N nos territórios. Sua participação aumentou significativamente através da implantação dos NASF nas diferentes regiões do país e, conseqüentemente, na prestação de serviços de saúde à população (Cervato-Mancuso *et al.*, 2012).

Dentre as inúmeras ações desenvolvidas pelo nutricionista na APS, suas atribuições têm por objetivo central fortalecer o planejamento e a estrutura das ações de cuidado nutricional local, objetivando a qualificação dos serviços (Brasil, 2009).

Dentre as funções do nutricionista na ESF pode-se destacar a realização de atendimentos de forma direta com indivíduos, famílias e comunidade, visitas domiciliares, atendimento compartilhado, bem como a monitorização e execução de programas do Ministério da Saúde (Provit-A, NutriSUS, Programa Bolsa Família, suplementação de ferro entre outras), além da alimentação os dados do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN, e envolvimento em atividades de educação continuada de profissionais de saúde, e a articulação de planos de ação com os equipamentos sociais territoriais de atuação a favor da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional (CFN, 2005; Ferreira *et al.*, 2020).

No início do governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, houve a flexibilização das equipes do NASF em detrimento de um novo modelo de financiamento da Atenção Primária nomeado “Previne Brasil” que representou um desserviço à Saúde Pública brasileira e uma ameaça ao SUS, considerando a concepção de um projeto privatizante e operacional da APS no SUS. Trata-se de direcionar o financiamento da APS com foco no acesso a características ligadas ao “cadastramento” dos mais vulneráveis, principalmente, se valendo do princípio do desempenho e excluindo o ideal da APS original e da universalidade do sistema. (Mendes *et al.*, 2022).

Em 2019, a lógica de financiamento da APS mudou com o Previner Brasil, passando a pagar os municípios por captação e indicadores de desempenho, mas que não incluíam indicadores de nutrição (Bortolini, 2021).

A extinção do NASF representou uma perda significativa, pois não houve mais incentivo à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS. Posteriormente, em 2020, a *Nota Técnica nº 03/2020*, confirmou que o Ministério da Saúde de realmente extinguiu o repasse diretamente relacionado à implantação e ao custeio dos NASF, o que, inclusive, gerou prejuízos aos pleitos de habilitação municipais que aguardavam tal análise e aprovação (Mendes *et al.*, 2022).

Sendo assim, a continuidade, a carga horária e o arranjo das equipes multiprofissionais ficaram a depender da decisão dos gestores municipais e estaduais, o que abriu espaços ainda maiores para a precarização desses profissionais. Tudo isso seria capaz de impactar negativamente na assistência à população, considerando a restrição do escopo de serviços que eram até então prestados pelas equipes multiprofissionais, dificultando cada vez mais que se faça um trabalho em modelo de atenção integral (Seta *et al.*, 2021).

Pode-se dizer que desde sua criação o NASF sofreu diversos altos e baixos. Em 2023, com o início do atual governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, houve a retomada do financiamento e incentivo às equipes multiprofissionais, com a criação da “eMulti” e repasse de mais de R\$870 milhões para estados e municípios, para fortalecer o trabalho multidisciplinar e retomar profissionais e especialidades do NASF e as novas especialidades (cardiologistas, dermatologistas, endocrinologistas, infectologistas e hansenologistas) (Brasil, 2023).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

Os marcos históricos que influenciaram a concepção e a implementação de propostas inovadoras no campo da nutrição surgiram na década de 1930 e foram cruciais para o desenvolvimento de ações e políticas públicas no campo da alimentação e nutrição. A descrição desses marcos pode ser observada no quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil por ano

Ano	Marco Histórico
1933	Início das discussões sobre a fome no Brasil por Josué de Castro
1940	Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)
1954	Elaboração do Programa da Merenda Escolar
1972	Criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)
1973	Foi instituído o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) I
1976	Foi instituído o II PRONAN
1980	Foi instituído o PRONAN III
1993	Criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA)
1995	Extinção do CONSEA
1997	Extinção do INAN
1998	Criação da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN)
1999	Criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
2003	Recriação do CONSEA

2006	A elaboração do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e Criação do primeiro Guia Alimentar para a população Brasileira
2009	Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica
2010	Incorporação do direito humano à alimentação adequada (DHAA) na Constituição Federal e Substituição da CGPAN pela CGAN
2011	Atualização da PNAN
2014	Publicação da segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira
2019	Extinção do CONSEA
2022	Matriz para organização dos cuidados em alimentação e nutrição na APS Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional da APS no Brasil
2023	Retomada do CONSEA

Fonte: Produzida pela autora.

Pode-se dizer que em um recorte histórico, as ações de Alimentação e Nutrição no Brasil tiveram início no ano de 1933 com Josué de Castro, médico brasileiro que constituiu sua primeira obra literária “O problema da alimentação no Brasil”, acerca da temática da fome” (Andrade, 1997).

Os estudos conduzidos por Josué de Castro no Recife, em 1933, acerca das condições de vida dos trabalhadores com o patrocínio do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco evidenciaram a ocorrência de déficit energético e nutricional e desencadeou o desenvolvimento

de novas pesquisas sobre o estado nutricional em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, o que foi capaz de denunciar o cenário das classes mais baixas e estabelecendo as relações entre alimentação e salário mínimo, fazendo com que se intensificasse na imprensa a campanha pelo seu estabelecimento, sendo então aprovado, em abril de 1938 (Arruda; Arruda, 2007).

No que tange a estruturação da Alimentação e Nutrição na APS, um ponto importante foi o foco nas ações ligadas à saúde materno-infantil. Entre 1930 e 1940, iniciaram-se os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, tendo em mente a redução de doenças infectocontagiosas, a desnutrição infantil e o apoio à amamentação. (Brasil, 2009; Araujo, 2014).

Foi instituído o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), pelo Decreto-Lei nº 2478, de agosto de 1940, com diversos objetivos como o fornecimento de instalações e viabilização das condições para a alimentação adequada dos trabalhadores, o provimento de alimentos com preços acessíveis, o treinamento de pessoal para as atividades de nutrição e educação alimentar, que não se limitava aos operários, incluindo suas famílias, por meio de visitas realizadas pelas visitadoras de alimentação. Foi extinto em 1942 (L'abbate, 1988).

Em 1954, ocorreu a elaboração do Programa da Merenda Escolar. Logo em 1972, houve a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) criado para dar suporte ao governo na formulação da política nacional de alimentação, funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição, criar e propor ao presidente da república o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), no período de 1973-74. (Jaime *et al.* 2011). Ele deu luz a 12 subprogramas de amplas estruturas governamentais e suas ações perpassam por fragilidades e o mesmo foi extinto em função das transgressões normativas e operativas constatadas pelas auditorias realizadas no Instituto (Silva, 1995)

Já em 1976, foi instituído o II PRONAN que traduziu um novo comportamento político administrativo e revelou-se inovador ao reconhecer a desnutrição como uma doença social. O programa levava em consideração a vulnerabilidade social, as faixas etárias prioritárias seriam a com maiores riscos nutricionais, que as escolhas para o fornecimento de alimentos precisavam priorizar alimentos tradicionais e o estímulo aos pequenos produtores, ampliando o mercado consumidor nas áreas de menor renda. Seu comprometimento se deu em função de problemas com a administração orçamentária (Silva, 1995; Arruda; Arruda 2007).

Em 1980 foi criado o III PRONAN objetivando dar foco à problemática alimentar e nutricional, porém com outros rearranjos técnicos, operacionais e financeiros. Os Programas ao longo do tempo foram diversificando seus públicos de abrangência, incorporando os setores saúde: (Programa de Nutrição e Saúde), assistência social (Programa de Complementação

Alimentar), educação (Programa Nacional de Alimentação Escolar), trabalho (Programa de Alimentação do Trabalhador) e abastecimento (Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos) (Jaime *et al.* 2011).

Em 1993 foi instituído o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), para prestar suporte ao governo no enfrentamento da fome e da miséria, extinto em 1995. Em 1997, ocorre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), (Santos, 2021) em função do enfraquecimento dos programas devido ao baixo engajamento das instâncias superiores, contribuindo para a desarticulação das políticas e ações voltadas para ao campo (Cohn, 1995).

Entre as diversas tentativas de retomada da relevância institucional da área de alimentação e nutrição, uma delas foi a sua transformação em secretaria incorporada diretamente do Ministério da Saúde, sendo assim, em 1998, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso criou a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) para desempenhar competências, direitos e obrigações do extinto INAN (Santos, 2021). Destacaram-se: nesse período a elaboração da PNAN iniciada 1997, a cargo de técnicos dos setores de saúde, educação e agricultura e consultores e, em agosto de 2001, a criação do Bolsa Alimentação que foi sendo gradualmente extinto (Arruda; Arruda, 2007).

Avalia-se a criação da CGPAN como esforço para reduzir o tamanho do Estado, uma vez que, comparativamente ao órgão antecessor (INAN), semelhante a um ministério de alimentação e nutrição, perdia o prestígio institucional no Ministério da Saúde (Vasconcelos, 2005).

Durante duas décadas, o Brasil passou por transformações no campo socioeconômico e político, no que concerne à alimentação e nutrição (Santos *et al.*, 2021). Pode-se considerar como um “divisor de águas” na história das políticas públicas brasileiras a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 1999). Em 24 anos, a sua trajetória revela um processo dinâmico e participativo que desencadeou uma atualização em suas diretrizes em sua última versão em 2011.

A PNAN precisa ser compreendida como uma política pública de corte social. A partir disso, compreende-se que ao analisar o perfil de alimentação e nutrição de uma população de base estruturalmente desigual como a brasileira, é imprescindível integrar o cenário de disputas sobre a problemática a se enfrentar, pensando sempre no destino dos recursos (Souza, 2006).

Durante a formação da agenda e processo de formulação da PNAN (1997-1999) identifica-se o contexto histórico de formulação da PNAN I como sendo um momento de ascensão da política neoliberal de fortalecimento do Estado Mínimo brasileiro, que ocorreu no

início da década de 1990, sendo intensificado durante o primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) (Santos, 2021).

A segunda versão da PNAN de 2011, diferentemente da primeira versão, traz um tópico específico nas suas diretrizes que qualifica a gestão das ações de alimentação e nutrição, abordando a relevância do aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações entre as esferas governamentais no contexto da Rede de Atenção à Saúde, incorporando a APS e criando uma diretriz de organização da atenção nutricional. Esta diretriz reforça o cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como espaço prioritário para a realização das ações (Brasil, 2011).

Com o início de um novo governo Lula em 2003, as ações relacionadas à segurança alimentar são colocadas em ênfase na política de desenvolvimento, com o intuito de garantir quantidade, qualidade e regularidade no acesso à alimentação para toda a população brasileira (Silva *et al.*, 2010). No mesmo ano, as discussões e as ações sociais e governamentais, no âmbito da segurança alimentar e nutricional (SAN), são retomadas com a recriação do CONSEA, visando aconselhar e assessorar a Presidência da República no âmbito das políticas de SAN, bem como dar início a elaboração do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (Brasil, 2006; Mattos, 2021).

No ano de 2005, as diretrizes para a alimentação infantil foram elaboradas, favorecendo a sua adoção como prioritária na APS (Brasil, 2005) e referendada pela PNAB de 2006 (Brasil, 2006). As ações prioritárias elencadas foram: o fim da desnutrição infantil, o controle do diabetes e da hipertensão, enfatizando a promoção da saúde e a saúde da criança, da mulher e do idoso como áreas estratégicas de atuação na APS.

Nesse sentido, as ações de alimentação e nutrição na APS tiveram como foco principal a desnutrição infantil, as carências nutricionais, a saúde infantil e recomendações de alimentação saudável, incluindo o incentivo ao aleitamento materno e a alimentação complementar adequada. Concomitantemente, surgiram as primeiras recomendações e estratégias sobre alimentação para a população brasileira, em alinhamento com a PNAB. A atualização da PNAB em 2011 definiu como parte do processo de trabalho das equipes da APS as ações que priorizassem grupos vulneráveis e fatores de riscos, especialmente os alimentares, contribuindo para a diminuição do risco de doenças e danos evitáveis (Brasil, 2006; Brasil, 2011).

A Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde de 2009 foi fundamental no processo para definir a atuação do nutricionista no cuidado nutricional na atenção básica à saúde, a nível municipal, considerando o indivíduo, a família e a comunidade

e contemplando o diagnóstico, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e assistência, tratamento, cuidado (Cervato-Mancuso, 2012).

A primeira edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, teve grande importância para dar início às discussões sobre as iniciativas voltadas à alimentação e nutrição. A incorporação do direito humano à alimentação adequada (DHAA) na Constituição Federal em 2010, contribuiu para fortalecer a importância de considerar os saberes e práticas na alimentação e inspirou a elaboração da segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira em 2014 (Brasil, 2006; Brasil, 2010; Mattos, 2021) .

Desde a sua criação, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde tem sido chefiada apenas por nutricionistas, o que pode marcar uma vitória na gestão das agências estatais das políticas públicas alimentares, até então coordenadas unicamente por médicos. Pinheiro e Carvalho (2008) destacam o papel dos acadêmicos e intelectuais, como estratégia de resistência política, enaltecimento da alimentação e nutrição no Ministério da Saúde, em função da extinção do INAN.

O recente cenário apresenta fortes sinais de uma ruptura radical nas trajetórias institucionais de direito à saúde e à alimentação. Com o início da crise econômica a partir de 2014, e da crise política que culminou no impeachment da presidente Dilma Rousseff em 2016, a austeridade fiscal assumiu uma centralidade na agenda governamental. No que se diz respeito à SAN, ocorreu uma diminuição de verbas em 68% entre 2014 e 2016. Em um quadro prospectivo, o novo regime fiscal instituído no governo Michel Temer, com vigência de vinte anos, leva à ruína todas as políticas públicas, comprometendo, inclusive, metas de desenvolvimento firmadas pelo governo brasileiro (Souza *et al.*, 2019).

Logo no início do governo Jair Bolsonaro, em 2019, o CONSEA foi novamente extinto (sendo desta vez, com o endosso posterior do Legislativo). Este se configurou em um duro golpe na SAN, num momento em que a insegurança alimentar nos domicílios brasileiros, após uma década de acentuada queda, atingia patamares alarmantes (Mattos, 2021). Soma-se a isso a pandemia mundial por Covid 19, que no Brasil foi acompanhada por ações de desmonte de políticas públicas, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde e na Assistência Social.

O Estudo da Rede PENSSAN (2022) no Brasil revelou dados alarmantes sobre a fome, demonstrando as iniquidades de acesso a bens e serviços essenciais e a inexistência de um governo com liderança e compromisso para implementar políticas públicas sociais. Entre o final de 2021 e início de 2022 foram 125,2 milhões de brasileiros estavam vivendo em Insegurança

Alimentar e mais de 33 milhões em situação de fome, expressa pela Insegurança Alimentar grave, sendo que em 2014 o país havia saído do Mapa da Fome (PENSSAN, 2022).

Em 2022 foi lançada a edição da Matriz para a organização de cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde. A matriz visa o subsídio de bases que auxiliem a estruturação dos cuidados em Alimentação e Nutrição, por meio dos territórios cobertos pela APS no Brasil. O documento sugere que gestores(as) e profissionais de saúde inseridos(as) na APS sejam capazes de encontrar nele informações práticas e de importância para a estruturação e fornecimento de uma melhor oferta de cuidados e serviços em Alimentação e Nutrição para as pessoas (Brasil, 2022).

Ainda em 2022 foram publicadas as Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil, para dar suporte técnico aos gestores e profissionais atuantes na organização da atenção nutricional e na elaboração de estratégias de cuidado nos territórios adscritos pela APS no Brasil, buscando combater cenários de má nutrição (Brandão *et al.*, 2022). Esse trabalho resultou de um esforço conjunto de especialistas em alimentação e nutrição (A&N) e APS de cinco regiões do Brasil, cujas orientações são apresentadas em dois blocos e consideram os critérios de governabilidade e atuação na execução dos serviços (Brandão *et al.*, 2022).

Em 2023 o presidente Luiz Inácio Lula da Silva retorna com um novo mandato, sendo uma das propostas imediatas do governo a retomada do CONSEA. No dia 28 de fevereiro, ocorreu a cerimônia de reinstalação do Consea, que retornou com a mesma composição do momento da sua extinção, sendo possível, declarar o compromisso com o fim da fome no Brasil e a afirmação da necessidade da articulação de ações emergenciais com a garantia do acesso à alimentação saudável, além das ações acerca da transferência de renda, geração de empregos, combate ao racismo e a desigualdades de gênero e valorização do salário mínimo. Foi colocada em destaque a urgência de uma política de abastecimento com estoques reguladores para alimentos da agricultura camponesa e familiar, diversificada e agroecológica, que considerem hábitos e culturas alimentares e valorizem a biodiversidade, sejam acessíveis (Recine, 2023).

Ao observar o desenvolvimento histórico das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, torna-se imprescindível considerar o contexto epidemiológico que embasa tecnicamente a tomada de decisão para o planejamento das ações de A&N.

Uma das formas de se analisar o contexto epidemiológico que fomentou as ações de Alimentação e Nutrição ao longo do tempo é a existência de um padrão epidemiológico que diferentemente das sociedades ditas “desenvolvidas” apresenta um contexto que expressa a fome, a pobreza e a miséria juntamente com as doenças infecciosas que acometem

principalmente as populações em estado de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, há que se considerar a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis que também são fruto de uma limitação de oportunidades, sobretudo ligadas à alimentação, partindo do suposto de que nem todos têm acesso à escolha de alimentos de qualidade e quantidade suficientes, tampouco o conhecimento sobre sua relevância para a saúde (Sevalho, 2021).

O Ministério da Saúde traz um levantamento que aborda a situação alimentar e nutricional no Brasil, para fomentar a discussão sobre o perfil alimentar populacional, onde o custo financeiro da obesidade com hospitalizações e gastos ambulatoriais, em 2011, foi estimado em \$96,08 milhões de dólares. Em 2018, esse mesmo custo aumentou 37%, totalizando \$137,63 milhões de dólares. Os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram \$0,68 bilhões em 2018, considerando, gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos (Brasil, 2020).

De acordo com o SISVAN de 2019, de um total de 12.776.938 adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde, 63% apresentaram excesso de peso e 28,5% apresentaram obesidade, em 2019. Isso significa que, cerca de 8 milhões desses adultos apresentaram excesso de peso e 3,6 milhões apresentaram obesidade, em 2019 (Brasil, 2022).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos no mundo. De acordo com Malta *et al.* (2023) estima-se que, anualmente, 41 milhões de mortes no mundo (71% de todas as mortes) são ocasionadas pelas DCNT e desses óbitos, 15 milhões são prematuros (30 a 69 anos) e cerca de 12 milhões ocorrem em países de baixa e média renda. O maior risco de morte prematura ocorre nas regiões africanas (22%), no Mediterrâneo Oriental (24%) e Sudeste Asiático (23%), seguido da Europa (17%), Pacífico Ocidental (16%) e Américas (15%).

No Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde atribuiu no ano de 2019 às DCNT mais de 734 mil óbitos, o que representou 55% de todas as mortes ocorridas no país. As doenças do aparelho circulatório, representadas principalmente pelas doenças isquêmicas do coração e pelas doenças cerebrovasculares, ocupam o primeiro lugar, com mais de 362 mil óbitos durante esse período.

Dados do VIGITEL de 2021 revelam que cerca de seis a cada dez brasileiros encontravam-se com sobrepeso em 2021, o que representou 57,25% dos entrevistados. Esses dados tiveram pouca variação em relação aos anos anteriores, sendo 57,5% em 2020 e 55,4% em 2019. Em 2021, a prevalência de excesso de peso foi maior entre os homens (59,9%) em relação às mulheres (55%). O excesso de peso foi mais prevalente nas faixas etárias: 45 a 54 anos (64,4%), 55 a 64 anos (64%) e 35 a 44 anos (62,4%) (Brasil, 2021).

No que tange à obesidade, a prevalência foi de 22,35% em 2021, revelando uma tendência de pequena elevação em relação aos anos de 2020 (21,55%) e 2019 (20,27%). Em 2021, a obesidade foi maior entre as mulheres (22,6%) do que os homens (22%). A prevalência foi maior nas faixas etárias: de 35 a 44 anos (25,5%), 45 a 54 anos (26,24%) e de 55 a 64 anos (26,22%) (Brasil, 2021).

A pesquisa do VIGITEL revelou ainda que um pouco mais de 18% dos entrevistados consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados na véspera da ligação, sendo mais prevalente entre os homens (21,7%) do que entre as mulheres (15,2%). Em relação à ingestão de refrigerantes, 14% dos entrevistados beberam durante cinco ou mais dias da semana (Brasil, 2021). Quanto à atividade física, 48,2% dos entrevistados não praticam um nível suficiente, sendo a prevalência maior entre mulheres (55,7%), do que entre homens (39,3%). A pesquisa identificou que quanto maior a idade, menor a frequência. O estudo considerou prática de atividade física suficiente as que durassem 150 minutos ou mais na semana. Quanto aos adultos que não praticavam nenhum tipo de atividade física, somaram 15,8%. Dentre os homens foram 15,6%, e as mulheres 16,0%. A inatividade física aumentou entre as pessoas com 55 anos (Brasil, 2021).

Domene e Barata (2021), trazem uma comparação entre os anos de 2008–2009 e 2017–2018, apesar das discrepâncias metodológicas, houve piora significativa da qualidade da alimentação do brasileiro, percebida através da diminuição do consumo de arroz, laticínios, feijão, carne e peixe e o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados que são marcadores de risco para doenças crônicas, embora tenha diminuído o consumo para alguns itens, como os refrigerantes.

Também é importante salientar que a desnutrição continua sendo um problema de saúde pública importante no país, principalmente entre o público infantil, crianças menores de 5 anos pertencentes a povos e comunidades tradicionais (Bortolini, 2020).

Tratando especificamente da “epidemiologia da fome”, não se pode negligenciar que escolhas alimentares (entre alimentos *in natura* e ultraprocessados) estão diretamente condicionadas à renda e às relações de poder. Para alguns simplesmente não existem escolhas alimentares, o que nada mais evidencia a relação entre comida e determinação social. O curta-metragem “Ilha das Flores” de 1989, dirigido por Jorge Furtado e produzido pela Casa de Cinema de Porto Alegre, traz de forma explícita a determinação social da fome no contexto da cadeia produtiva cruel capitalista. Logo, não se pode tratar a epidemiologia nutricional brasileira de forma reducionista em apenas “escolhas alimentares e estilos de vida

equivocados”, considerando que em uma perspectiva social grande parte da população sequer possui a opção de fazer escolhas alimentares (Fiuza, 2008).

Outro contexto epidemiológico nutricional que está fortemente presente e é fundamental para sua discussão, foi a situação de fome vivida por grande parte da população diante da pandemia por COVID-19, especialmente no período de 2020-2021, mas com fortes marcas políticas envolvidas (Ribeiro, 2020).

O isolamento social, o desemprego, a capacidade de resposta do Governo Federal no contexto da COVID-19 e os retrocessos nos últimos anos do governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, trazem algumas reflexões a respeito do contexto epidemiológico evidenciado. A primeira delas se relaciona com a capacidade de respostas emergenciais frente à pandemia após tantos desmontes, esvaziamentos e desarticulações institucionais, além de reduções orçamentárias, a fragilidade em articular ações e monitorar os resultados da pandemia na segurança alimentar e nutricional. Além disso, um conjunto de orientações contraditórias do Poder Público que sustentou um discurso contra o isolamento social em receio dos possíveis efeitos no “aumento da fome no país” surge de um governo que, há tempos atrás, mesmo quando ainda não havia a pandemia, sempre negou a existência da mesma de forma um tanto quanto curiosa (Alpino *et al.*, 2020).

O relatório “O Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo” (SOFI), publicado em julho de 2022 pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), confirmou a piora dos indicadores de fome e insegurança alimentar no Brasil. De acordo com relatório, 70,3 milhões de pessoas estiveram em estado de insegurança alimentar moderada, que é quando possuem dificuldade para se alimentar. O levantamento também constatou que 21,1 milhões de pessoas no país passaram por insegurança alimentar grave, caracterizada pelo estado de fome (Brasil, 2023).

3.3 A GESTÃO DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS

A Administração Pública é o conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que procura satisfazer as necessidades da sociedade, trabalhando em favor do interesse público e dos direitos dos cidadãos, tais como educação, cultura, segurança, saúde, dentre outras áreas. Em outras palavras, Administração Pública é a gestão dos interesses públicos por meio da prestação de serviços públicos. É um conjunto de princípios pautados na lei que regem os

órgãos, os agentes e as atividades públicas tendentes a realizar concreta, direta e imediatamente os fins desejados pelo Estado (Di Pietro, 1993).

Os termos gestão e administração podem ser utilizados de forma geral para se referir ao ato de governar pessoas, organizações e instituições políticas, portanto gestão diz respeito à capacidade de gerência/ administrar redes de atenção e unidades assistenciais de esferas públicas e privadas (Pereira, 2008).

Pode-se conceituar a gestão em saúde como sendo o conhecimento aplicado na administração das organizações ligadas à saúde, considerando o gerenciamento de redes, instituições públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e quaisquer instituições e serviços de saúde. Ela engloba três grandes dimensões complexas: os ambientes dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a obrigatoriedade da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde das pessoas (Lorenzetti *et al.*, 2014).

No âmbito da saúde pública brasileira, as responsabilidades com a gestão são divididas entre as três esferas de governos e seus gestores dos três âmbitos.

Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica deverão assumir as seguintes responsabilidades: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho, executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde, normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (CONASS, 2003).

Um dos papéis mais importantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo Estado. Para que isso ocorra, o gestor estadual do SUS necessita interagir de forma articulada com as duas outras esferas de governo (União e municípios) e com as instâncias de controle social, representadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde. No que diz respeito aos municípios, a relação do gestor estadual é de coordenação e avaliação, não havendo uma hierarquia entre ambos ou a subordinação dos municípios à SES. (Brasil, 2003).

Compete a gestão Federal, formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição, prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal; acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; e elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (CONASS, 2003).

Já as políticas públicas podem ser definidas como, conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que impactam na vida de todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública precisa ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde é assegurado por meio do SUS que deve ser universal, integral e gratuito (Lucchese, 2004).

Gestão da Alimentação e Nutrição e na APS Brasileira

As políticas públicas no âmbito da alimentação e nutrição devem estar incluídas na agenda da APS com o intuito de responder aos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição no Brasil, que inicialmente, priorizava apenas a redução da desnutrição, porém, mais recentemente, tem passando a dar maior ênfase à obesidade. Ao longo do tempo foram identificados importantes marcos que contribuíram para o avanço da gestão da nutrição na atenção primária, contudo, a universalização dessas ações em âmbito local ainda constitui um importante desafio a ser superado. Além disso, entende-se que a múltipla carga da má nutrição demanda articulação intersetorial, que também pode ser potencializada com base na APS sem desconsiderar os desmontes que ameaçam o SUS (Bortolini, 2022).

Nas diretrizes da PNAN temos no bloco 4 das ações a gestão das ações de Alimentação e Nutrição. A PNAN, além de representar uma referência, em termos políticos, para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, também representa uma função articuladora de dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial (Brasil, 2013).

Brasil (2011) e Santos *et al.* (2021) trazem de maneira sistematizada a apresentação atual da quarta diretriz da PNAN conforme realizado nos últimos anos no dentro da esfera federal representada pela CGAN enfatizando os seguintes seguimentos:

1- Planejamento e monitoramento

As organizações responsáveis pelo planejamento devem viabilizar a construção de estratégias que sejam capazes de criar e executar processos, e fluxos de gestão, em consenso com as realidades institucionais e que promovam o planejamento, a execução e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Akamine *et al.* (2020) trazem que a PNAN é um componente fundamental do planejamento das políticas públicas e a qualidade e efetividade destas está diretamente correlacionada à qualidade de vida populacional. Quando o assunto é a PNAN é essencial que se tenham propostas e ações não somente pertinentes às necessidades da população, mas também que possuam critérios coerentes para sua criação, acompanhamento, controle e melhorias.

2 - Financiamento

Para a obtenção do aprimoramento das condições de alimentação e nutrição, é necessário garantir o financiamento tripartite, priorizando a compra e distribuição de insumos para o combate das carências nutricionais, a adequação de infraestrutura e equipamentos, para viabilizar a vigilância alimentar e nutricional, bem como as atividades de educação alimentar e nutricional e capacitação dos trabalhadores do SUS. Recine e Vasconcellos (2011) complementam que para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no interior do SUS, sob a luz da PNAN é necessário incentivar a construção de diálogos intra e intersetoriais. É, ainda, explicitado que o fortalecimento necessário e concreto da PNAN deve se refletir no financiamento adequado para a implementação de suas diretrizes.

3- Apoio aos estados e municípios

O aprimoramento dos processos de elaboração e avaliação das ações deve ser incentivado para fomentar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão, sendo assim, a CGAN realizou, ao longo do tempo, uma estrutura para suporte técnico e monetário aos 26 estados, Distrito Federal e aos municípios brasileiros objetivando a execução das ações e programas da PNAN.

Bortolini (2017) traz a ideia da PNAN descentralizada por uma rede com atuação nos Estados e Municípios, no entanto, foram evidenciadas fragilidades políticas, institucionais e operacionais para a efetividade da PNAN no SUS. Uma das principais dificuldades

evidenciadas é a priorização de um modelo biomédico, curativo e de alta complexidade em detrimento da promoção da saúde.

4- Articulação intrasetorial

O propósito e as diretrizes da PNAN evidenciam a importância de se adotar um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação.

Conforme, Alves e Jaime (2014) a PNAN reafirma o compromisso de cooperação e articulação do SUS para política intersetorial, reforçando a articulação intrasetorial e procurando demonstrar de forma objetiva a articulação entre suas diretrizes e outras políticas e mecanismos de gestão do SUS. A diretriz específica que trata sobre a articulação entre SUS e SISAN refere que esta proporcionará a articulação entre os cuidados em alimentação e nutrição na RAS às demais ações de SAN nos territórios, tendo em vista o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na perspectiva de seus determinantes sociais.

5- Articulação intersetorial

A PNAN traz como um forte desafio a intersetorialidade dos agentes envolvidos no SUS. Participação ativa da CGAN no envolvimento das ações e programas de alimentação e nutrição desempenhados por outros setores.

Segundo Alves e Jaime (2014), embora cada ente federado possui autonomia política e financeira, para a garantia da atenção integral à saúde há a necessidade de responsabilização compartilhada, solidária e cooperativa entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

6- Relação e cooperação internacional

A política reafirma a necessidade de se estabelecer laços com outras nações, para trocas de aprendizados e ampliação das possibilidades de trabalho e ampliação do conhecimento.

Na esfera estadual cabe às Secretarias estaduais de Saúde a gestão das ações que envolvem alimentação e nutrição.

A gestão nas esferas estadual passa por processos de grande fragilidade, tanto em função da institucionalização das estruturas de coordenação, quanto em relação à capacitação da coordenação local e o quantitativo insuficiente de uma equipe técnica para implementar e monitorar as ações de alimentação e nutrição. A descontinuidade dos programas em função das mudanças de gestores é uma fragilidade para a capacidade de governança sob a luz da PNAN, simultaneamente a precariedade de vínculos de trabalho, sobreposição de atribuições e rotatividade profissional dificultam a continuidade das ações e planejamentos (Fagundes, 2021).

O Ministério da Saúde traz em seu Instrutivo sobre o incentivo Financeiro das ações de alimentação e nutrição (FAN) que é um repasse financeiro concedido aos municípios instrumentos de planejamento do SUS e seus componentes como: a elaboração de um plano estadual/municipal de saúde, programação anual de saúde, e relatório anual de gestão (BRASIL, 2020).

Rolim (2013) fala sobre a dificuldade de gerenciar tal recurso estadualmente considerando fragilidades, como: profissionais sem a devida capacitação, rotatividade, desconhecimento da importância e operacionalização dos sistemas de informação como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), priorização e execução das demais ações que condicionam o repasse financeiro de origem federal em detrimento das ações direcionadas aos municípios, ausência de nutricionista na rede de serviços de saúde, desinteresse dos gestores municipais, insuficiência de equipamentos e dificuldade de acesso dos profissionais de saúde à zona rural.

Na esfera municipal a gestão das ações de alimentação e nutrição ficam a cargo das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição (ATAN) que estão diretamente relacionadas às Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 2017 o Ministério da saúde lançou um manual intitulado “Gestão municipal das políticas de alimentação e nutrição e promoção da saúde na Atenção Básica” que, resumidamente, objetiva apoiar gestores e profissionais que atuam na coordenação dos programas do Ministério da Saúde direcionados para a promoção da saúde e atenção nutricional na APS, com um breve resumo dos principais programas do Ministério da Saúde relacionados a essas temáticas, descrevendo seus objetivos, as referências legais (decretos, portarias), os materiais de apoio, cursos relacionados e sistemas de informações vinculados (Brasil, 2017).

Para Carvalho (2021) a formação a nível municipal deve envolver temas essenciais para a prática cotidiana no SUS/ atenção nutricional, envolvendo, tanto trabalhadores que atuam no cuidado diretamente, como na gestão, tendo como base o planejamento, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição. Porém, questões políticas impactam na dinâmica das relações sociais e econômicas sobre o rol de serviços ofertados pelo SUS e sobre a organização dos processos de trabalho, impactando na capacidade resolutiva de atenção nutricional da APS.

A CGAN elaborou um manual contendo todas as portarias que envolvem a A&N como um todo, em especial, a gestão, contendo as portarias de financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição, estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil (EAAB), Programa Crescer Saudável, Estratégia de Prevenção e

Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), materiais para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), Crescer Saudável, programas de suplementação de micronutrientes entre outros a fim de apoiar os gestores da Alimentação e Nutrição (Brasil, 2020)

A gestão da APS constitui-se como um desafio, considerando que além de envolver dimensões típicas da gestão em saúde como: gestão de pessoas (de força de trabalho tanto em número e qualificação, e a gestão das relações de trabalho); gestão de materiais e processos (considerando estrutura, fluxos organizacionais, processos de trabalho, materiais e equipamentos); e gestão financeira; assume o comprometimento de fornecer assistência universal, integral, equânime, eficiente e eficaz para suprir as demandas de saúde da população (Pires *et al.*, 2019).

A estruturação das ações de nutrição na APS objetivam melhorar as condições de alimentação da população, por meio de estratégias que sejam capazes de promover: as práticas alimentares adequadas, organizem o processo de trabalho em saúde para o cuidado integral, e implantem o monitoramento contínuo do estado alimentar e nutricional com classificação de risco nutricional, prevenção e controle dos agravos associados à alimentação, em todos os ciclos de vida (Machado, 2021).

O modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006; Brasil, 2011), caracteriza-se pelo trabalho de equipes profissionais multidisciplinares responsáveis por populações de territórios definidos e considera a APS a coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, sendo a porta preferencial de entrada dos usuários no SUS. Dessa forma, os profissionais da equipe de saúde têm o desafio de organizar e desenvolver ações de alimentação e nutrição baseada nesse modelo de cuidado.

De acordo com Bortolini *et al.* (2020) as principais ações de alimentação e nutrição contextualizadas na APS compreendem: vigilância alimentar e nutricional (VAN), promoção da alimentação adequada e saudável, prevenção das carências nutricionais, manejo dietético da obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Vigilância alimentar e nutricional (VAN): pode ser definida como a descrição permanente e a previsão de tendências das situações que envolvem a alimentação e nutrição da população e de seus fatores imprescindíveis para o planejamento de ações para prevenção e combate dos agravos relacionados à alimentação e nutrição para contribuir com a organização da atenção nutricional nas Redes de atenção à Saúde (RAS). A VAN engloba desde os inquéritos populacionais até a avaliação das condições de alimentação e nutrição nos serviços de saúde, sobretudo na APS (Brasil, 2012; Brasil, 2015).

Promoção da alimentação adequada e saudável: que pode ser entendida como as estratégias que são capazes de proporcionar a indivíduos bem como coletividades a execução de práticas alimentares adequadas, considerando os aspectos biológicos, sociais e culturais dos indivíduos com relação ao consumo de alimentos, seja *in natura*, como o de ultraprocessados (Brasil, 2012).

Prevenção das carências nutricionais: inúmeras ações que possibilitam a suplementação com micronutrientes têm sido realizadas no país desde a década de 1970, porém apenas 2005 foi implementado o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que viabiliza a suplementação de gestantes e crianças de até 18 meses, além do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, que promove a suplementação de vitamina A para crianças de até cinco anos e para mulheres no pós-parto, residentes na Região Nordeste (Brasil, 2005; Brasil 2005; Szarfarc *et al.*, 2006).

Manejo dietético da obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica: A obesidade é considerada o terceiro principal fator de risco que provoca a maioria das mortes e incapacidades no público feminino brasileiro e o quinto entre homens (Malta *et al.*, 2017). As atribuições da APS no tratamento da pessoa com obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica, envolvem de forma ativa a VAN, estratificação de risco, ações de promoção da saúde intersetoriais e com participação social, promoção da alimentação adequada e saudável, incentivo ao autocuidado, assistência multiprofissional, coordenação do cuidado (encaminhamento aos outros níveis de atenção, quando o mesmo se faz necessário) e acolhimento apropriado (Brasil, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com dados coletados no primeiro semestre de 2021, utilizando métodos qualitativos. Considerando o cenário nacional e foram incluídos respondentes das três esferas de governo, das cinco diferentes macro regiões geográficas do país (norte, nordeste, sul, sudeste e centroeste).

O presente trabalho se desenvolveu a partir de dados já coletados pelo estudo intitulado: “Construção de consenso de recomendações para a estruturação da atenção nutricional na Atenção Primária em Saúde”.

O estudo original teve como objetivo elaborar recomendações para aprimorar a estruturação da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde brasileira. Sistematizar as ações e atividades de alimentação e nutrição realizadas na APS a partir dos principais marcos legais existentes, identificar fragilidades e fortalezas para a qualificação da atenção nutricional na APS e utilizar a técnica Delphi para obtenção de consenso a respeito da qualificação da atenção nutricional na APS. Como resultado da pesquisa foram produzidos os materiais: artigo “Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira” (Brandão *et al.*, 2022) e “Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil” (Brasil, 2022) “ que constam nos anexos A e B.

A pesquisa original foi demandada e financiada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) - Ministério da Saúde. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 42075221.0.0000.5240 e número de parecer 4.527.059.

Os participantes da pesquisa são: gestores, profissionais da assistência, professores, pesquisadores e representantes da Sociedade civil organizada, de instituições de representação profissional e de instâncias colegiadas. Os especialistas foram agrupados em duas categorias. Uma, denominada “micro”, mais voltada para dentro do setor saúde, incluindo gestores dos três níveis (federal, estadual e municipal) e profissionais da APS. Os especialistas da categoria “macro” foram aqueles relacionados ao enfoque ampliado da promoção à saúde, incluindo necessariamente, a intersetorialidade, como representantes de instâncias colegiadas dos Conselhos estaduais e municipais de Segurança Alimentar e Nutricional; Câmaras Intersetoriais

de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) estadual e municipal), Conselhos de Saúde (Nacional, estadual e municipal) entidades de representações profissionais (COREN, CFN, CRN, SBMFC), da sociedade civil organizada e de professores/ pesquisadores referências na área.

4.2 TAMANHO DA AMOSTRA

O estudo original envolveu 172 especialistas, sendo que destes, 76 efetivamente responderam os questionários e foram selecionados por meio de seleção do tipo intencional.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No estudo original os critérios de inclusão foram considerados a expertise em alimentação e nutrição e/ou na atenção primária em saúde tendo em vista: (a) formação e tempo de atuação para os casos de profissionais de gestão e assistência nas três esferas de governo; (b) tipo e tempo de inserção em organizações da sociedade civil ou instância colegiada afetas ao tema; (c) tempo de formação e publicação para docentes e pesquisadores.

Como critérios de exclusão considerou-se a não conformidade com relação à formação e/ou tempo e forma de atuação em alimentação e nutrição e ou na atenção primária em saúde.

Para o presente estudo serão considerados todos os participantes que responderam o questionário 1 referente ao bloco de gestão das ações de Alimentação e Nutrição na APS e questões gerais.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa original foi realizada, por meio de formulário eletrônico, de um instrumento contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e três blocos de questões (I, II e III), que foram respondidas individualmente a partir das experiências de cada respondente. O bloco I, consistiu na identificação do respondente; os blocos II e III foram organizados segundo os cinco componentes da atenção nutricional a partir das diretrizes da PNAN, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e PNAB: Gestão das ações de alimentação e nutrição, Vigilância alimentar e nutricional, Atenção e Coordenação do cuidado nutricional, Promoção da saúde, Intersetorialidade em Alimentação e Nutrição.

No presente estudo foi utilizado o banco de dados com as respostas já sistematizadas do instrumento de pesquisa original, especificamente o bloco 1 e o componente técnico de gestão e questões gerais do bloco 3. Essas questões tiveram como objetivo identificar estratégias, ações ou iniciativas que possam qualificar a gestão da atenção nutricional nos municípios brasileiros, o que possibilita avaliar de acordo com os participantes, o perfil sociodemográfico dos agentes envolvidos, os avanços e obstáculos relacionados às ações de Alimentação e Nutrição e estratégias, ações ou iniciativas capazes de qualificar os processos de gestão das ações de alimentação e nutrição na APS brasileira. Segue abaixo as questões referentes ao bloco 3, no componente da Gestão das ações de alimentação e nutrição e questões gerais:

- 1- Que obstáculos você identifica que comprometem a gestão das ações de alimentação e nutrição na APS? Descreva.
- 2- Você tem sugestões de estratégias, ações ou iniciativas que possam qualificar os processos de gestão das ações de alimentação e nutrição na APS? Descreva.
- 3 - Você tem sugestões de estratégias, ações ou iniciativas que possam qualificar a estrutura (física, equipamentos e insumos) das Unidades Básicas de Saúde para realização das ações de Alimentação e Nutrição? Descreva.
- 4 - Você tem sugestões de estratégias, ações ou iniciativas relacionadas à oferta de recursos humanos para fortalecer as ações de Alimentação e Nutrição na APS? Descreva.
- 5 - Você tem sugestões de estratégias, ações ou iniciativas para aprimorar a execução dos recursos voltados para a Alimentação e Nutrição, em especial o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) e da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)? Descreva.

Questões Gerais

- 1 - Você identifica estratégias, ações ou iniciativas relacionadas ao monitoramento e avaliação de processos e de resultados das ações de Alimentação e Nutrição na APS? Descreva:
- 2 - Você identifica estratégias, ações ou iniciativas que democratizem, ampliem e tornem mais efetivos os dispositivos de participação social? Descreva:
- 3 - Você identifica outras sugestões para melhoria das ações de Alimentação e Nutrição na APS que não foi contemplada ou descrita em questões anteriores? Descreva:

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise interpretativa de conteúdo proposta por Minayo (1998).

Segundo Minayo (1998), uma pesquisa passa necessariamente pela fase de análise de dados, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados. Neste estudo a técnica apresentada pela autora será utilizada, considerando que se trata de um banco de dados pré-existente, porém não analisado, cuja coleta das informações foi feita em etapa prévia.

O banco de dados do presente estudo foi constituído por um formulário com perguntas abertas aplicado online, que conforme Minayo (2018) permite um controle maior sobre o que se pretende saber sobre o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, dá espaço a uma reflexão livre e espontânea aos respondentes sobre os questionamentos.

Minayo (2011) aponta a importância de se trabalhar com categorias na análise dos dados, pois tendem a ser mais específicas e concretas, auxiliando na elaboração das linhas de raciocínio do pesquisador frente a tudo que foi coletado por meio do questionário.

Minayo (1998) traz diversas formas de analisar um conteúdo: neste trabalho optou-se por trabalhar com a construção de categorias de análise. Nessa metodologia criam-se categorias de análise baseadas em palavras ou frases que sejam importantes dentro do conjunto de dados, objetivando, assim, reduzir o conteúdo das respostas a palavras e frases significativas perante ao conteúdo estudado (Minayo, 2007).

Em seguida, realizou-se uma classificação e organização dos dados a partir de Bardin, (1977), além disso, Bardin (2011) traz a análise de conteúdo como uma ferramenta com diversos tipos de formas e capaz de se adaptar ao campo da comunicação.

As etapas metodológicas definidas por Bardin (2004) para análise de conteúdo são:

1) pré-análise: nesta fase é necessário sistematizar as ideias preliminares em quatro etapas, sendo-as: a leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores, que finalizaram a preparação do material como um todo (Bardin, 2004).

2) Exploração do material, categorização ou codificação: nesta etapa a definição das categorias é classificada, ressaltando os elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa, as chamadas categorias (Bardin, 2010).

3) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação: consiste na busca de significação de mensagens. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. Nesta fase, o tratamento dos resultados tem a finalidade de constituir e captar os conteúdos contidos em todo o material coletado (Bardin, 2010).

As falas dos respondentes foram codificadas conforme a representação profissional/institucional de cada respondente, sendo: GM - gestor municipal, GE - gestor estadual, GF -

gestor federal, P - pesquisador, RSCO - representante da sociedade civil organizada e IC - instância colegiada. As falas também foram numeradas de acordo com a ordem em que apareceram no banco de dados. Tal codificação foi adotada para resguardar a identidade dos respondentes.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O presente trabalho se desenvolveu a partir de dados já coletados pelo estudo intitulado: “Construção de consenso de recomendações para a estruturação da atenção nutricional na Atenção Primária em Saúde” no primeiro semestre de 2021.

A pesquisa original foi demandada e financiada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) - Ministério da Saúde. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 42075221.0.0000.5240 e número de parecer 4.527.059.

Esta pesquisa foi aprovada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 63234722.8.0000.5240 e número de parecer: 5.806.910.

Considerando tratar-se de um banco de dados pré-existent, os riscos possíveis na presente pesquisa envolvem constrangimentos e desconfortos ligados à identificação das falas, vazamento de dados, bem como identificação indireta devido ao limitado número de participantes.

Para evitar ou minimizar estes constrangimentos e desconfortos, garantimos que as entrevistas serão armazenadas em local seguro e de acesso restrito às pesquisadoras, com uso de senha, bem como seu descarte ao final do período de 5 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa se deu em um contexto histórico e político de grandes instabilidades frente ao então governo do ex presidente Jair Messias Bolsonaro (2018-2022) à luz da pandemia por Covid-19, no qual houve o desmonte de inúmeras políticas públicas, especialmente a APS e SUS com seu subfinanciamento, se aproximando de um modelo neoliberalista privatista, neste período também, o campo da alimentação e nutrição sofreu diversos ataques e apresentou maiores alcances da fome no Brasil, com a elevação da insegurança alimentar e nutricional, exacerbada o frente à instabilidade do cenário pandêmico (Silva, 2023).

Os resultados encontrados nas entrevistas serão apresentados e discutidos à luz da literatura em quatro blocos definidos a partir das categorias identificadas na análise em profundidade.

O primeiro bloco traz uma breve apresentação do contexto da pesquisa, destacando as características sócio demográficas e o perfil de atuação dos participantes. O segundo bloco trata das questões relacionadas à estrutura, tais como: recursos humanos (no que tange o quantitativo, formação/qualificação, perfil, vínculo); recursos orçamentários (disponibilidade e gestão de recursos) e Recursos físicos (estrutura física, equipamentos relacionados a aquisição e manutenção). O terceiro bloco de análise trata das relações da gestão com o planejamento, monitoramento e avaliação das ações no cotidiano do trabalho em alimentação e nutrição. E por fim o quarto bloco relacionado às questões de articulação intrasetorial e intersetorial e agenda das políticas públicas em alimentação e nutrição.

I - Caracterização e atuação dos participantes da pesquisa

A pesquisa contou com 76 participantes, com idades entre 27 e 64 anos, sendo 80,3% do gênero feminino (n=61) e 19,7% do sexo masculino (n=15)

Os participantes eram predominantemente de raça/cor branca (60,5%), seguido de preta/parda (35,5%) e amarela (3,9%), oriundos em sua maioria da região Sudeste (39,7%).

Quadro 2: Distribuição dos participantes por região, escolaridade, categoria profissional e tempo de experiência na gestão da A&N na APS. Brasil, 2021.

VARIÁVEL	n	%
Região		

Sudeste	31	39,7
Sul	15	19,2
Nordeste	12	15,4
Centro oeste	10	12,8
Norte	8	10,3
Grau de escolaridade		
Mestrado	29	38,2
Especialização	25	32,9
Doutorado	17	22,4
Ensino superior	5	6,6
Categoria profissional		
Nutricionista	46	60,5
Enfermeiro	12	15,8
Médico	5	6,6
Assistente Social	1	1,3
Bioquímico/Farmacêutico	1	1,3
Odontólogo	3	3,9
Sanitarista	2	2,6
Outras ocupações de nível superior relacionadas à saúde (Biólogo, Físico, Musicólogo, Professor, Pesquisador etc)	3	3,9
Outras ocupações (agente faturamento, jornalista, professora)	3	3,9
Inserção-atuação/Tempo de experiência		
Gestão municipal		
2 a 5 anos	10	13,16
6 a 10 anos	4	5,26
mais de 11 anos	5	6,58
total	19	25

Gestão estadual		
2 a 5 anos	8	10,53
6 a 10 anos	3	3,94
mais de 11 anos	8	10,53
total	19	25
Gestão federal		
2 a 5 anos	0	0
6 a 10 anos	0	0
mais de 11 anos	1	1,31
total	1	1,31
Assistência		
2 a 5 anos	8	10,53
6 a 10 anos	9	11,84
mais de 11 anos	9	11,84
total	26	34,21
Sociedade civil organizada		
2 a 5 anos		
6 a 10 anos	0	0
mais de 11 anos	2	2,63
total	2	2,63
Pesquisadores		5,26
2 a 5 anos	3	3,95
6 a 10 anos	2	2,63
mais de 11 anos	11	14,47
total	16	21,05
TOTAL PARTICIPANTES	76	

Fonte: Elaboração própria

A região de menor participação foi a Norte, com 10,3% dos participantes. Em comparação com outros levantamentos e estudos, pode-se considerar como exitoso o esforço de garantir representação de todas as regiões.

Quanto à escolaridade, houve predomínio de participantes com mestrado concluído (38,2%) e especialização (32,9%). Ainda que este resultado possa não expressar a realidade do conjunto de profissionais que atuam na A&N na APS, chama atenção que apenas 05 respondentes possuam apenas a graduação, uma vez que oportunidades de formação continuada e de especialização são apontados, nesta e em outras pesquisas, como obstáculo para garantir a qualidade da atuação no SUS.

Considerando a categoria profissional, a maior parte dos participantes (60,5%) foi de nutricionistas e de enfermeiros (15,8%). Apesar do esforço para a inclusão de outras categorias profissionais, houve a predominância de nutricionistas, o que pode ser considerado um resultado previsível.

Foi possível observar as participações de acordo com as representações e regiões do país (gestão, assistência, sociedade civil e pesquisadores). A maior participação foi de profissionais inseridos na gestão em saúde em uma das três esferas de governo (52,66%) e Assistência (34,21%).

Considerando o tempo de experiência nas inserções e atuações apontadas pelos participantes, pode-se observar que os com mais de 11 anos, ou seja, maior tempo de experiência estão na gestão (19,76%), sobretudo na gestão municipal (6,58%) e na gestão estadual de A&N (6,58%), enquanto os com menor tempo de experiência – 2 a 5 anos na inserção/atuação – estão em maior número na gestão municipal (13,16%), como indicado no. Na assistência predominaram participantes com 6 a 10 anos e mais de 11 anos de experiência (23,68%), ambas as categorias com 11,84%. O mesmo foi observado com relação à sociedade civil organizada (5,26%), com 2,63% dos participantes nessas duas categorias. Pesquisadores com mais de 11 anos de experiência tiveram participação maior (14,47%) quando comparados aos com menos anos de experiência nesta categoria.

Entre os respondentes, 37 (48,7%) eram profissionais da gestão da APS ou da A&N e entre as atividades relacionadas a este componente, a mais realizada foi o monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição (30,3%). A atividade que apresentou menor proporção de realização foi a coordenação e planejamento das ações da APS e/ou da vigilância em saúde (17,1%) (Tabela 1).

Tabela 1: Atividades relacionadas à Gestão das ações de alimentação e nutrição realizadas pelos especialistas participantes da pesquisa, Brasil, 2021.

Atividades realizadas na prática profissional	Sim n (%)	Não n (%)
Coordenação e Planejamento das ações de Alimentação e Nutrição	20 (26,3)	56 (73,7)
Coordenação e Planejamento das ações da APS e/ou da Vigilância em Saúde	13 (17,1)	63 (82,9)
Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição	23 (30,3)	53 (69,7)
Identificação de fontes de recursos para as ações de Alimentação e Nutrição	20 (26,3)	56 (73,7)

Havia a possibilidade no questionário do respondente colocar outras atividades caso desejasse. Cabe destacar que dentre as respostas apresentadas como “outras atividades” identificam-se atividades inerentes aos processos de coordenação e planejamento já inclusos nas opções do questionário:

“Coordenação e Planejamento de ações de Promoção da Saúde na APS.”

“Coordenação dos ciclos de vida, áreas estratégicas.”

“Participação conjunta nas ações da coordenação de alimentação e nutrição da Secretaria Estadual de Saúde.”

“Coordenação e planejamento da alimentação e nutrição; coordenação e planejamento do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.”

“Assessoramento e apoio técnico nas ações da APS e de alimentação e nutrição.”

“Facilitador nos processos formativos nos Programas e Ações no âmbito da PNAN.”

“Participo do Controle Social: Conselho de Educação.”

Da mesma forma, foram descritas ações relacionadas à monitoramento e avaliação e fontes de recursos:

“Monitoramento e Avaliação das ações de alimentação e Nutrição direcionadas ao Programa de Saúde de Ferro, Vitamina A e Programa Bolsa Família.”

“Interface com os instrumentos de planejamento e orçamento - não somente a identificação.”

Este conjunto de respostas aponta a pertinência de aprofundamento acerca das diferenças de entendimentos relacionados às atribuições e escopo de atuação neste campo.

II - Do que é formada a gestão? (Estrutura)

A seguir será apresentado o segundo bloco de acordo com as categorias de análise. Os achados referem-se às falas dos respondentes acerca das questões que envolveram a gestão das ações de A&N na APS brasileira no que tange às questões de estrutura, entendida como os recursos humanos (abordando o quantitativo, formação /qualificação, perfil, vínculo); recursos orçamentários (disponibilidade e gestão de recursos) e recursos físicos (estrutura física, equipamentos relacionados a aquisição e manutenção).

1- Sobre os trabalhadores do SUS (Recursos humanos)

1.1 Me sinto exausto(a) (Disponibilidade - quantitativo e sobrecarga)

Foram relatados pelos respondentes diversas queixas acerca da inadequação e insuficiência de recursos humanos tanto em termos de gestão, quanto em termos assistenciais. Em termos de gestão, ter um quantitativo suficiente de recursos humanos torna-se importante para que as ações gerenciais possam ocorrer em tempo oportuno, considerando a necessidade do gestor de ter tempo suficiente para se capacitar, realizar articulações com demais setores, realizar ações de planejamento, monitoramento e avaliação.

Em termos de quantitativo de profissionais na assistência, vale destacar a importância de que este seja suficiente para suprir as demandas de todas as ações que envolvem a prática na APS, envolvendo todos os profissionais da equipe, considerando que cabe a todos o papel de promover ações de A&N no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Isso também foi evidenciado em achados Mendes *et al.* (2020) de equipes com quantitativo incompleto e sobrecarga de atividades desencadeiam uma maior insatisfação profissional. As mudanças oriundas da nova Política Nacional de Atenção Básica, juntamente com os incentivos financeiros e as avaliações que ocorrem por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), resultaram em um conflito entre produtividade em números de consultas e visitas domiciliares, em detrimento de atividades coletivas com foco na promoção à saúde. Isso evidencia que a produtividade tem forte ligação com as ações de

caráter biomédico, enfraquecendo a ESF. Vitorino (2016) encontrou que a média de horas trabalhadas dos gestores da A&N foi de 10 horas semanais.

Para Mendes *et al.* (2020), as sobrecargas de trabalho são oriundas dos problemas gerenciais, como o excesso de demandas, o número insuficiente de funcionários e a jornada de trabalho excessiva, tendo como consequência o desgaste físico e mental elevado, por vezes materializado em cansaço físico, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dores físicas, problemas de cunho emocional dentre outros. As posições incômodas, os movimentos repetitivos e os esforços físicos e psicológicos decorrem do excesso da força de trabalho pela escassez de trabalhadores. Pôde-se notar que foi uma queixa predominante entre os gestores municipais como em: “Existem poucos profissionais nutricionistas no município para desenvolver as ações de A&N, gerando sobrecarga na coordenação da APS.” (GM11)

A sobrecarga de trabalho pode impactar na falta de tempo para o desenvolvimento das ações de A&N, mas, ao mesmo tempo, pode ser uma justificativa usada pelos gestores para se eximir da responsabilidade da não execução integral das ações pertinentes ao cargo. Vale ressaltar que é função da gestão municipal executar as ações de APS.

Ramos (2022) afirma que no município de Niterói/ Rio de Janeiro há sobrecarga de atribuições demandadas pelo governo federal, como o fato de gestores possuírem diversos programas para supervisionar e notificar nos sistemas de informação para o adequado cumprimento de metas municipais e regionais, fazendo com que haja redução da disponibilidade de tempo para planejar e implementar novas ações. Kappel (2016) observou no município de Florianópolis/Santa Catarina, aspectos relacionados à gestão central que prejudicam as relações intersetoriais para a prevenção e controle. A exemplo, destaca-se a falta de interesse dos servidores municipais em trabalhar intersetorialmente, a sobrecarga de trabalho e a falta de formação. Em consonância com os dados encontrados com o estudo de Fernandes *et al.* (2009), que também analisou gestores do nível central da APS e identificando a insatisfação dos mesmos com: a quantidade insuficiente de profissionais de saúde diante da grande demanda da assistência e gerando sobrecarga de dos serviços de saúde prestados à rede.

Muitos defenderam a inclusão do nutricionista na equipe mínima no nível nacional e a exigência do cumprimento da relação entre o nº/tipo de NASF e o nº de equipes máximo que cada um deve cobrir. A inclusão do nutricionista na equipe mínima trata-se de um assunto delicado, pois incorpora a necessidade de uma avaliação robusta para que se justifique tal necessidade, bem como revisões estruturais e orçamentárias, atualmente substituída pela recém-criada eMulti pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 (Brasil, 2023).

Os dados de Ramos (2022), sugeriram um quantitativo insuficiente de profissionais para compor mais equipes de NASF, por exemplo, como foi visto em alguns municípios da região Metropolitana II de Niterói/ Rio de Janeiro, com variações de zero a 25 equipes nos 7 municípios, além da necessidade da expansão da cobertura da APS

Outro ponto levantado pelos gestores municipais é a sobrecarga de trabalho ocasionada pelo baixo quantitativo de profissionais contratados para o serviço. Eles sugerem não conseguir realizar todas as funções da gestão por estarem engajados com outros projetos de trabalho na gestão pública, que não estão envolvidos com a A&N ou pela necessidade de dividir a carga horária entre ações de gestão e assistência à população.

Essa percepção corrobora com os achados do estudo de Soares (2015) que afirma que a sobrecarga de trabalho, impossibilita os profissionais gestores de programarem suas atividades de acordo com a demanda da população. Em associação com os resultados apresentados por este trabalho, alguns gestores indicaram inadequações na carga horária, sugerindo que essa não seria suficiente para a realização de todas as atividades demandadas.

1.2 Precisamos falar sobre formação... (Formação /qualificação)

A qualificação profissional foi considerada por todos os respondentes como sendo um ponto extremamente sensível no que diz respeito ao gerenciamento no âmbito da APS e para a área da A&N, no que tange os recursos humanos. A necessidade de uma rotina que envolva capacitação de todos os agentes envolvidos na gestão e na assistência foi abordada com frequência pelos participantes.

A capacitação em gestão em saúde se apresentou de forma bem diversificada. Foi indicada a importância do treinamento de fluxos internos da utilização de recursos financeiros e licitações, principalmente a nível municipal, considerando que esses são os responsáveis por aplicar esses recursos e muitos não sabem ao certo como proceder. Gestores estaduais apontam a necessidade de melhorar a qualificação profissional, em relação a questões burocráticas e administrativas como a elaboração de planos de trabalho.

Um estudo realizado por Silva *et al.* (2017) com 26 gestores da saúde no Rio Grande do Sul trouxe como resultado do perfil dos gestores, que embora alguns gestores possuíam curso superior, cerca de um terço não tinham formação na área da saúde e nenhuma área administrativa. o estudo ainda evidenciou que, aproximadamente, 50% dos gestores haviam feito algum tipo de capacitação para o exercício do cargo, ratificando-se que estes não possuíam experiência anterior na função, e por volta de dois terços dos gestores não conheciam as

especificidades do SUS e as suas diretrizes, sobre os diferentes níveis de atenção, básica, intermediária e terciária, a regulação do sistema e os diferentes níveis de complexidade. Esse estudo ainda evidenciou nas respostas dos gestores de saúde, que não constavam no planejamento, propostas de educação destinadas aos trabalhadores. Os achados das entrevistas registram apenas a existência de ações educativas isoladas e compartimentadas.

Já para Assis (2020) há a necessidade de que a gestão em saúde desenvolva atividades que visem o acolhimento das demandas dos profissionais, realizando capacitações e espaços em que se valorize o compartilhamento e a troca de experiências visando a capacitação técnica, com fundamentação nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi indicado, de forma mais generalizada pelos respondentes, a necessidade de capacitações específicas sobre a utilização dos recursos dos fundos destinados às ações de A&N. É apontado como fragilidade o gerenciamento financeiro do FAN e do repasse destinado à VAN. Existem particularidades relacionadas ao repasse e a sua utilização que os gestores precisam se apropriar, além de entender qual o perfil que se espera do gestor.

Espera-se que profissional e gestor da VAN se posicione como centro de articulação e vislumbre as possibilidades e desafios que existem ao seu redor, dentro do setor saúde, para o enfrentamento dos principais agravos do território, refletindo sobre as formas de garantir a execução de uma atenção à saúde de qualidade e resolutiva aos usuários do SUS, por meio de programas, políticas, ações, sejam elas setoriais ou multissetoriais, e linhas de cuidados que contemplem a necessidade da população (Brasil, 2022).

Espera-se que o gestor do FAN seja capaz de elaborar planos de ação próprios para definição dos objetivos e ações prioritárias a serem realizadas diante das peculiaridades epidemiológicas, nutricionais, demográficas, socioeconômicas e de organização da rede de atenção à saúde. É importante que o gestor saiba realizar articulações com outras áreas para além da alimentação e nutrição, como representantes das coordenações da atenção primária, da área de saúde da criança, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde indígena (se pertinente for), vigilância em saúde, e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, setor educação, Conselho Municipal de Saúde, ou de segurança alimentar e nutricional, além de outros setores que possam ligados diretamente ou indiretamente com as ações de A&N ou que possam interferir para a pactuação e êxito dessas ações no município. (Brasil, 2020).

A falta de conhecimento e habilidade no uso dos sistemas de informação em saúde, especialmente no e-SUS-AB, SISAB e SISVAN, também foi identificada como uma necessidade de formação, especialmente, pelos gestores estaduais e federais. É possível

entender que tal preocupação provém do fato desses níveis de gestão necessitarem dos dados de tais sistemas de saúde para construir panoramas regionais a respeito do estado nutricional das populações. Achados de Schönholzer *et al.* (2021) dizem que a falta de habilidade com os sistemas de informação pode ser vista como barreira no cotidiano dos profissionais, quando se trata de manter a qualidade dos dados.

Outro estudo realizado por Pinheiro (2016) apontou uma fragilidade importante vivenciada pelos gestores que foi a falta ou o número reduzido de qualificações para a utilização dos Sistemas de Informação da Saúde (SIS), embora alguns tenham sido qualificados quando atuavam como profissionais. Nesse estudo os gestores afirmaram que, em sua grande maioria, aprenderam sobre os SIS na prática do cotidiano de suas ações, afirmando que as qualificações eram subvalorizadas.

Foram percebidas fragilidades sobre a aplicação prática das informações contidas nas políticas públicas no escopo da A&N. Os respondentes também têm baixo conhecimento no que diz respeito às informações contidas nas políticas públicas de A&N, e em como promover sua multiplicação. Em consonância, achados realizados no estudo de Ceschim (2020) em Curitiba/ Paraná trouxeram a necessidade da gestão se apropriar dos princípios, diretrizes e objetivos das políticas acerca da A&N, sobretudo da PNAN.

A formação sobre manejo adequado e o bom uso e manutenção de insumos foi levantada como sendo uma demanda mais específica das unidades de saúde, considerando um ponto crítico dos gestores municipais, pois estes são responsáveis por dar suporte às equipes de saúde da família, sendo, assim, se faz necessário que os profissionais atuantes na saúde da família sejam capacitados com relação à utilização adequada dos equipamentos e identificação da necessidade de manutenção quando estes não estiverem apresentando desempenho satisfatório.

Não obstante, se torna imprescindível citar o receio dos gestores com relação à capacitação dos nutricionistas que atuam no contexto da APS, seja a nível de gestão, seja no âmbito assistencial. É necessário que esse profissional tenha um caráter formativo direcionado à sua atuação na APS, compreendendo duas atribuições, a dinâmica do trabalho multiprofissional e do matriciamento.

Um olhar mais minucioso sobre os modelos de formação do nutricionista tem levantado críticas ao longo do tempo por perceber que historicamente tem sido enfatizado o ensino das ciências biológicas nos cursos de graduação, em detrimento de uma formação que contemple adequadamente a importância das ciências sociais, como a gestão (Boog, 2008).

Foi citada de forma expressiva pelos respondentes da pesquisa a importância do caráter formativo universitário sobre a atuação profissional na APS, seja enquanto gestão ou assistência

para todos os profissionais, mas sobretudo o profissional nutricionista. De modo geral, este profissional tem a sua formação direcionada a uma perspectiva biologicista, médico-centrada e curativa, que desconsidera aspectos sociais que são inerentes à sua prática no contexto da estratégia saúde da família (ESF). Portanto, é desejável estimular as Instituições de Ensino em Superior (IES) para que, em suas grandes/ementas, contemplem a gestão no campo da nutrição em saúde coletiva. Almeida *et al.* (2018) também reafirmaram em seu estudo a importância do estímulo das IES na formação na área sanitária do nutricionista.

Souza (2016), diz que o componente formativo do nutricionista deve ser como generalista, humanista e crítico e capacitado para atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, considerando todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se mostrem indispensáveis para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, objetivando a melhoria da qualidade de vida, se valendo de princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

1.3 O que é necessário para ser um gestor ? (Perfil)

Cada gestor possui seus próprios pontos fortes e fracos, mas existem competências mínimas para que esse seja capaz de gerenciar de forma funcional. A partir desta concepção, os respondentes sugeriram a atribuição de um “perfil mínimo” para os gestores ligados às ações de A&N.

O MS publicou algumas normativas que estabelecem o perfil que se espera que o gestor de cada programa tenha como o instrutivo Portaria GM/MS n.º 3.297, de 4 de dezembro de 2020 da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020), referidos por um entrevistado: “É necessária a criação de "Perfil mínimo" desejado, sugerido pelo MS, para os cargos de Gestão no SUS” (GE74); “Sugestão de "Perfil mínimo" do gestor de cada programa de A&N, (apresentado no manual/instrutivo do programa), a exemplo do perfil do Tutor da EAAB”. (GE74). Outro instrutivo que possui o perfil do gestor é o do Programa Saúde na Escola e o Instrutivo do Crescer saudável (Brasil, 2021),

Para o gerenciamento na APS, é necessário que os gestores estejam comprometidos com as atividades inerentes ao cargo e se mantenham sempre atualizados com relação às políticas públicas, portarias e diretrizes, que regem a dinâmica do SUS, bem como a APS como um todo e sejam capazes de pôr em prática, de forma coerente e responsável, todas informações obtidas sempre a favor da melhoria da assistência à saúde dos indivíduos.

É notória a relevância dos gestores no reconhecimento da realidade territorial, no perfil populacional, compreendendo suas peculiaridades, principais demandas de saúde e, sobretudo, demandas nutricionais, aspectos relacionados à vulnerabilidade, à acessibilidade aos serviços de saúde, além do reconhecimento dos recursos físicos e materiais disponíveis para prática das ações de saúde.

Para exercer a função de gestor é esperado que a grande maioria dos profissionais sejam dinâmicos, articulados, comunicativos e saibam expressar de forma clara e organizada suas ideias e projetos. O profissional precisa saber como transmitir com clareza as suas ideias em uma reunião, na conversa com a equipe e com os demais componentes pertencentes à gestão. O estudo de Henrique (2019) realizado em Criciúma/ Santa Catarina com gestores da APS corrobora com esse achado, trazendo que complexidade do trabalho em, que exige a expertise para o enfrentamento de problemas para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida, sendo necessário que o gestor seja capaz de acessar componentes potentes e a capacidade de articulação dos gestores, de resolução de problemas abordado-os em suas múltiplas dimensões – política, econômica, social, cultural, etc. Além disso, o gestor precisa ser capaz de trabalhar em um cenário multisetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extrasetoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Achados de Paiva *et al.* (2018) também reafirmam essas informações à medida que trazem como atribuição fundamental do gestor da saúde a habilidade de negociação, ou seja, mediar relações, porque é indispensável para promoção de uma gestão compartilhada dos serviços de saúde, além de ser uma dinâmica formal e burocrática, envolve uma relação que abrange afeto e objetivos pactuados de forma coletiva, objetivando uma gestão participativa.

Também de acordo com a fala dos respondentes, foi observado que é necessário que o gestor seja capaz de estabelecer metas e trabalhar com as metas propostas tanto em termos municipais, estaduais e federais que regem as ações de A&N. Além disso, referiram que o gestor deve traçar planos de trabalho coerentes com a realidade sanitária local, estabelecer indicadores, prazos e metas juntamente com as equipes de trabalho, lançar mão de mecanismos de avaliação e compartilhar resultados de modo que todos os envolvidos sejam capazes de compreender. Esses achados corroboram com achados de Tamaki (2012) e Spiller (2023), onde foi notado que é bastante apropriado realizar análises sistêmicas a partir da elaboração de determinados indicadores e/ou marcadores de processos e dinâmicas do âmbito de sistemas de gestão em saúde.

Cabe salientar a manutenção da articulação com gestores das demais esferas do governo, bem como com outras secretarias e demais instituições, a fim de se estabelecer projetos conjuntos, firmar parcerias objetivando dinamizar as ações e contemplar cada vez mais e de forma mais eficiente a população e otimizar os recursos disponíveis. Isso pode ser evidenciado por meio da fala: “A falta de articulação dos gestores com outros serviços é um fator limitante para o êxito.” (GM64)

Indo ao encontro deste achado, Pedraza *et al.* (2022) apontaram como resultado a importância dos gestores de saúde nas três esferas se articularem para cumprimento de suas atribuições comuns e específicas e viabilizarem a implementação da política no âmbito dos seus territórios, tendo os municípios um papel relevante relacionado ao processo de descentralização. Além disso, observou que é importante priorizar e pactuar ações de alimentação e nutrição; articulando os serviços de saúde com outras instâncias (instituições e entidades locais, escolas, organizações não governamentais) para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição.

Ainda, trabalhar com um “perfil mínimo” de gestor pode auxiliar na minimização do viés político, considerando que existem gestores que ocupam determinados cargos por influências políticas sem ao menos serem de fato qualificados ou aptos para tal função, logo para desempenhar determinado cargo, seria necessário que o indivíduo se enquadre em uma série de critérios mínimos. Um dos respondentes trouxe a fala “É necessário realizar o perfil mínimo do gestor objetivando reduzir o viés político.” (P25)

Esses achados são similares a Mendes (2015) que considera que, quando a inserção dos gestores da saúde nos cargos ocorre por questões políticas partidárias, o critério técnico fica em segundo plano, impactando negativamente na qualidade do gerenciamento de ações no campo da Alimentação e Nutrição.

1.4 Até quando fico no cargo? (Vínculo institucional)

De forma geral, foi observada na fala dos respondentes uma fragilidade com relação aos vínculos empregatícios dos profissionais da APS. É notado que os profissionais se sentem prejudicados frente às dinâmicas de contratação de pessoal, bem como questões salariais.

Muitos gestores entenderam que a falta de concursos públicos é um fator que atrapalha a dinâmica da gestão no âmbito da APS, considerando que por muitas vezes os profissionais concursados se aposentam, causando uma defasagem na rede, pois não há disponibilidade de novos profissionais para repor. Com isso, há um prejuízo tanto na gerência, quanto na

assistência, que se encontram sem profissionais para desempenhar suas funções, incluindo o nutricionista gestor e o nutricionista responsável pela assistência.

Corroborando com os achados, os resultados da pesquisa de Pedraza (2022) realizada na Paraíba trazem características trabalhistas resultantes da precarização do trabalho, como o vínculo instável inferior a dois anos e com carga horária inferior às 40 horas semanais, incluindo em instâncias de gestão. Essas dificuldades foram mais presentes em municípios de pequeno porte, os quais possuem limitações para realização de concursos públicos e para ofertar boas remunerações, contribuindo com diferenças salariais e rotatividade profissional, o que acarreta prejuízos no vínculo do profissional com o usuário, na motivação dos profissionais e, conseqüentemente, na longitudinalidade do cuidado.

Outro fator que acaba gerando descontentamento profissional é a inexistência de um plano de cargos e salários capaz de contemplar os trabalhadores da rede como um todo, algo que também fragiliza a permanência dos profissionais que já são concursados dentro do serviço, uma vez que os mesmos se sentem desvalorizados e porventura optam por uma transição de carreira fora do ambiente do serviço público.

A análise dos dados coletados por Vieira (2007) quer seja mediante os documentos referentes aos planos de cargos e salários, quer seja via discursos dos gestores entrevistados, demonstrou diferentes e diversas melhorias no âmbito da gestão, oriundas, especialmente, após a implantação de planos de carreira como aumento da produtividade e busca por qualificação, por exemplo. Além disso, os dados apontaram que a elaboração de planos de carreira foi fundamental para o desenvolvimento da área da gestão do trabalho e da educação na saúde, para a fixação e valorização profissional e, por consequência, para a consolidação e melhoria dos serviços de saúde oferecidos pelo sistema nacional público.

Além disso, outro questionamento feito pelos profissionais gestores das três esferas e os pesquisadores foi os novos modelos de contratação de profissionais que estão fora do ambiente do concurso público. Muitos profissionais são contratados temporariamente para realizar determinadas funções dentro do serviço público, seja na assistência no contexto da APS, seja no gerenciamento das ações.

Observa-se que, na prática, o gestor, visando solucionar a sua defasagem de pessoal na APS, se vale de mecanismos de contratação temporária. Logo, os trabalhadores da saúde pública, especialmente os da ESF, que se encontram nos mais diversos modelos de contratação e os municípios terceirizam para uma instituição privada toda a administração e execução dos serviços de saúde (Espírito Santo, 2007).

A grande problemática que envolve modelos de contratos temporários que seguem a lógica da terceirização, gerando um impacto negativo na continuidade das ações em função da elevada rotatividade, considerando que os trabalhadores não possuem estabilidade profissional, em alguns casos salários incompatíveis com a carga horária desempenhada e a atividade exercida, além da inexistência, em alguns casos de direitos trabalhistas mínimos, o que acarreta a saída do profissional do cenário público quando o mesmo se depara com melhores oportunidades de trabalho. Vitorino (2016) encontrou no estado de Minas Gerais, gestores das ações de A&N no âmbito municipal contratados temporariamente, por meio de seleção pública simplificada ou indicação política para o cargo e que correspondiam a 47,7%.

Nesse sentido é possível traçar paralelos com as inúmeras modalidades de vínculos de trabalho no âmbito do SUS, como é o caso da Organização Social de Saúde (OSS). Esta é uma entidade sem fins lucrativos que, após qualificada em processo público, torna-se apta a fazer um contrato de gestão com o Estado, objetivando o gerenciamento de uma unidade de saúde. A entidade torna-se responsável por abastecer a unidade, dar manutenção e fornecer profissionais para a execução das atividades. Para que isso ocorra, o contrato de gestão prevê um repasse mensal à entidade, que fica responsável por atingir os acordos previstos no próprio contrato e cumprir metas quantitativas e qualitativas (Brasil, 2017).

Pode-se traçar uma crítica em relação às OSS, partindo do ponto que se trata de uma administração privada dentro do SUS. Ela visa, como toda instituição privada, o lucro. Isso vai na contramão dos ideais do modelo que visa a saúde de qualidade pública para todos. Entre alguns pontos sensíveis, destacam-se: a constituição de dupla clientela, com prioridade para outros segurados ou pagantes privados; a opção por clientes com patologias cujo atendimento custe o menor preço, dados os valores pagos pelo governo; a ampliação da segmentação e da iniquidade; exclusão, no processo de constituição da OSS, das instâncias municipais, o que atrasa ainda mais o avanço da municipalização da saúde em curso; ampliação da transferência de recursos públicos para prestadores de serviços privados, em detrimento de maior repasse para os serviços públicos estatais e a inexistência de critérios explícitos para a escolha das entidades que serão qualificadas como OSS (Travagin, 2017).

É importante avaliar os prejuízos que as OSS representam para a manutenção dos vínculos empregatícios no contexto público de saúde, considerando que elas representam. Para Morozini (2016) as OS contribuíram para uma maior flexibilização dos vínculos de trabalho, o que pode gerar um desalinhamento entre cargas horárias, podendo serem excessivas, direitos trabalhistas postos em segundo plano e instabilidade considerando se tratar de contratos de trabalho temporários.

Estudo de Pereira e Almeida (2017) mostra que nas OSS a rotatividade pode aumentar os custos com pessoal, além de prejudicar a eficiência, diminuir a produtividade e o desempenho das equipes, e causar sobrecarga de atividades aos demais servidores e impactos na motivação. Destaca-se que a troca de servidores pode ocasionar na redução da experiência profissional.

2- O dinheiro que não pode faltar (Recursos orçamentários)

2.1 Onde está o dinheiro da gestão? (Disponibilidade de recursos)

Os respondentes observaram que há ainda um subfinanciamento para a gestão das ações de A&N. Em muitos casos foi citado que há, como um todo, um baixo financiamento da APS e que conseqüentemente impacta em seu funcionamento como o que desencadeia dificuldades de pôr em prática as ações.

Especificamente falando sobre os fundos de financiamento das ações de alimentação e nutrição, tem-se o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) e o Fundo da Vigilância Alimentar e Nutricional. Esses são disponibilizados aos municípios considerando sua magnitude. O FAN foi instituído por meio da Portaria nº1.357/GM/MS, de 23 de junho de 2006, e redefinido pela Portaria nº 1.738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013, sendo destinado especialmente para despesas de custeio (correntes), como manutenção e funcionamento dos serviços públicos em geral, com exceção de despesas de capital, que contribuem para a produção ou geração de novos bens ou serviços e integram o patrimônio público. O recurso, por exemplo, não pode ser utilizado para realização de obras (apenas pequenas reformas são permitidas) nem para a compra de máquinas e equipamentos, carros, bens imóveis, entre outros (Brasil, 2021).

O FAN é repassado para todos os estados, para o Distrito Federal e para os municípios com mais de 150.000 habitantes. O critério de repasse toma como base a estimativa IBGE do ano de elaboração da portaria de estabelecimento do recurso. Atualmente, o FAN também contempla municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes, quando há disponibilidade orçamentária da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2021).

Além do FAN tem-se o recurso orçamentário de incentivo financeiro da VAN específico para dar suporte a estruturação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos municípios através da aquisição de equipamentos antropométricos. O aporte financeiro se dá por meio do depósito de parcela única anual ao Distrito Federal e aos municípios e está condicionado à disponibilidade de recurso orçamentário destinado à VAN. O governo também

disponibiliza manuais orientadores para aquisição de equipamentos antropométricos e especificações recomendadas para os equipamentos antropométricos a serem comprados e utilizados nos serviços de saúde (Brasil, 2020).

De acordo com Vitorino (2016) Ao fazer referência aos recursos financeiros disponíveis para a operacionalização do SISVAN entre os municípios do estado de Minas Gerais, 40,7% dos municípios afirmaram possuírem recursos adicionais do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e 72,2% informaram que destinam à saúde mais de 15% da arrecadação fiscal, seguindo o preconizado pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Além disso, houve previsão orçamentária municipal para as ações de rotina do SISVAN em 24,3% dos municípios.

Uma crítica que deve ser feita é se de fato há um subfinanciamento destinado às ações de Alimentação e nutrição ou se há um desconhecimento dos gestores acerca de sua existência e utilização. No estudo, na pergunta que estava ligada aos recursos financeiros, um grande número de respondentes afirmaram que não possuíam conhecimento suficiente para responder ou então afirmavam desconhecer os fundos de financiamento ligados à alimentação e nutrição ou deixaram em branco.

É possível que o maior problema não seja a falta de recursos em si, mas o desconhecimento dos profissionais sobre sua existência, fazendo com que fique uma falsa ideia de subfinanciamento. Aparentemente isso é um ponto de extrema fragilidade no que tange o financiamento das ações de A&N. No estudo realizado por Orué (2023) no Mato Grosso sobre o recebimento do recurso orçamentário do FAN e incentivo financeiro para apoiar da VAN, pôde-se notar que a maioria dos municípios, independentemente da instituição de ATAN, relatam não saberem se recebiam o incentivo financeiro federal para as ações de Alimentação e nutrição (60,3%) e de vigilância na área (61,5%).

Vitorino (2016), encontrou um elevado percentual de municípios no estado de Minas Gerais (62,3%) que afirmaram a inexistência de quaisquer recursos destinados ao SISVAN, demonstrando desconhecimento de que no PAB estão incluídos os recursos destinados à VAN nesse nível de atenção.

2.2 Está bem, mas como faço para administrar o recurso? (Gestão dos recursos)

Inicialmente, é importante ter em mente que Gestão Pública ou Administração Pública refere-se à ordenação - que envolve planejamento e organização - direção e controle dos serviços do governo em todas as esferas de poder (federal, estadual e municipal). Estes atos de

ordenamento, direção e controle seguem os preceitos do direito e da moral, tendo como objetivo o bem comum (Brasil, 2006).

Muitos gestores do estudo sentiram dificuldades no gerenciamento dos recursos financeiros, se deparando com um desconhecimento sobre suas fontes e mecanismos de utilização. É percebida uma fragilidade formativa dos profissionais que atuam diretamente no gerenciamento de fundos financeiros ligados às ações de nutrição na APS.

As ações de A&N, por muitas vezes, se apresentaram ligadas a dificuldades frente à formação em gestão e o baixo conhecimento sobre o funcionamento do serviço público, alguns respondentes se sentem despreparados para lidar com o processo que envolve a abertura de processos licitatórios para a aquisição de insumos, bem como a utilização dos recursos propriamente dita.

Outra crítica recorrente é o engessamento da utilização dos recursos. Gestores municipais trouxeram falas a respeito da limitação quanto à utilização dos recursos do FAN como em: “Percebo que há uma burocracia elevada para execução dos recursos financeiros do FAN, o que compromete a implementação de ações nos territórios.” (GE32) e “Existem muitas burocracias para a execução dos recursos, mesmo tendo um planejamento prévio pela coordenação local”. (GE76)

Além de afirmarem haver uma dificuldade para aplicação, pois o recurso não se destina a aquisição de qualquer bem de consumo, como por exemplo veículos automotores, que poderiam ser utilizados para deslocamento dos profissionais para a realização da Vigilância Alimentar e Nutricional, ou até mesmo construção de espaços físicos para realização de atendimentos, atividades de educação em saúde/ educação alimentar e nutricional como palestras, capacitações e oficinas, como consta no próprio instrutivo do FAN (Brasil, 2020).

Alguns gestores sentiram-se limitados quanto à utilização dos recursos, reconhecendo que a falta de conhecimento ocasionou o gasto reduzido do recurso disponível em situações específicas ou devolução de parte do recurso por falta de utilização.

Além disso, a dependência que os gestores da Alimentação e Nutrição apresentaram dos gestores da Atenção primária e à políticos para receberem o consentimento para a utilização dos recursos financeiros foi uma questão referida pelos respondentes. Muitos gestores da A&N se sentem dependentes de gestores de instâncias superiores e sem autonomia necessária para a utilização dos recursos.

Esse achado dialoga com o estudo de Pires *et al.* (2019) que encontrou como fatores dificultantes para o gerenciamento na APS, baixa autonomia dos gestores e influência política para a tomada de decisões no âmbito da saúde, afirmando que a autonomia nos processos de

tomada de decisão tem relação com decisões políticas ou institucionais, sendo determinante para a ação dos gestores.

3 - Era uma unidade muito engraçada, não tinha teto não tinha nada... (Recursos físicos: estrutura física e equipamentos - aquisição e manutenção)

A estrutura física foi apontada como sendo um fator dificultante para a execução das ações de Alimentação e Nutrição, sobretudo as ações ligadas à VAN e ao monitoramento. Os entrevistados apontaram as inadequações no número de salas nas unidades de saúde, sendo dito que como o nutricionista não compõe a equipe mínima da Saúde da Família, por vezes ele não possui local apropriado para realizar suas atividades.

A falta de manutenção e adequação dos espaços físicos disponíveis para as atividades de A&N foi também fortemente relatada pelos entrevistados, especialmente pelos gestores municipais e considerando que nem sempre a estrutura física presente foi projetada para ser uma unidade de saúde "(...) Espera-se estrutura física e de pessoal adequada para o desenvolvimento da gestão em A. e N." (P27).

Além disso, foi vista, com recorrência, a necessidade de se criar espaços físicos para atividades coletivas que contemplam cursos, palestras, rodas de conversa e oficinas culinárias para a promoção de atividades que envolvam a alimentação e nutrição.

Por diversas vezes esses locais além de não apresentarem a estrutura necessária, se encontram em baixo estado de conservação, com rachaduras, infiltrações, bolores nas paredes, banheiros com vasos e pias quebrados, dificultando por si só as atividades de trabalho dos profissionais de saúde nas unidades, incluindo os profissionais que realizam as ações de A&N.

Isso mostra que, antes mesmo de se pensar em um espaço físico próprio para a realização das atividades de A&N, se faz necessário ter uma estrutura adequada para APS como um todo. Os problemas estruturais físicos, antes de estarem ligados à A&N, são precedidos por uma fragilidade estrutural para a própria APS, em especial às unidades de saúde da família, evidenciando a necessidade de um olhar da gestão da APS para esses cenários, sendo a estrutura tanto de responsabilidade da gestão da A&N, quanto da gestão da APS.

Com relação à aquisição de equipamentos, foi mencionado pelos respondentes a necessidade de balanças fixas e portáteis, estadiômetros, fitas métricas, equipamentos específicos para o público infantil, equipamentos que atendam pessoas com deficiência, que sejam específicos para pessoas que se encontram em obesidade. A relação de equipamentos antropométricos necessários para a assistência no âmbito da APS pode ser encontrada no

Manual Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos Portaria Nº 2.975, de 14 de Dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

Brandão *et al.* (2020) realizaram um estudo de abrangência nacional e com recorte para as regiões do País, cujos dados apontaram a existência de balança infantil em 92,9% das UBS respondentes, com destaque para a região Sul, que chega a 97,4%. Em contrapartida, a existência de régua antropométrica foi registrada em apenas 88,9% das Unidades, com destaque para a região Norte, que não possui o instrumento em 30,4% de suas unidades.

As balanças para 150 kg foram encontradas em 83,4% das UBS brasileiras, sendo que no Nordeste chega a 88,3%. Já as balanças antropométricas de 200 kg, os dados para o Brasil correspondem a 23,1%, com destaque para a região sul, com 35,4% das Unidades, sendo um dado preocupante considerando que este é um equipamento fundamental para o apoio diagnóstico e terapêutico da obesidade (Brandão *et al.*, 2020).

No estado de Minas Gerais, Vitorino (2016) encontrou disponibilidade de equipamentos específicos em quantidade suficiente para avaliação antropométrica similar para crianças (34,5%) e adultos (36,6%) entre os municípios. Todavia, afirmaram ter equipamentos, porém em quantidade insuficiente para crianças, 40,7% dos respondentes e para adultos, 42,6%.

Para além dos equipamentos específicos de avaliação do estado nutricional, foi relatada a necessidade de materiais como mesas, cadeiras, computadores, internet, materiais de escritório, novamente ligados não somente às ações de Alimentação e nutrição como um todo, mas ao funcionamento adequado das unidades de saúde da família. Isso demonstrou que antes da falta desses recursos estarem ligados especificamente à gestão da A&N, está ligado à APS como um todo, evidenciando a importância do fortalecimento da APS para o êxito das ações de A&N.

Um estudo realizado no município de Niterói no Rio de Janeiro, que avaliou os equipamento e equipamentos e insumos de tecnologia da informação de Janssen *et al.* (2016) encontrou que 92,6% das unidades de saúde possuíam computadores em condições de uso; 55,6% tinham acesso à internet e 11,1% possuíam Telessaúde. Nenhuma unidade possuía consultório com computador interligado à internet. Já quanto aos equipamentos gerais e materiais, todas as unidades investigadas possuíam aparelho de pressão para adulto, estetoscópio para adulto, glicosímetro, fita métrica e balança antropométrica.

A manutenção dos equipamentos também foi levantada pelos respondentes como necessidade, considerando que nem sempre ocorre nas unidades de saúde e que sua ausência acarreta danos aos equipamentos já existentes gerando deterioração e até mesmo perdas, o que onera os custos da saúde, uma vez que fazer um reparo em um equipamento, ou até mesmo

adquirir um novo é mais custoso financeiramente do que realizar medidas preventivas de manutenção. Vitorino (2016) verificou que nos municípios do estado de Minas Gerais a disponibilidade de equipamentos com problemas de conservação ou falta de manutenção foi, respectivamente, de 10,4% e 11,6% para equipamentos infantis e de adultos.

III - É preciso estabelecer as metas (Planejamento, monitoramento e avaliação)

O bloco a seguir apresenta componentes relacionados ao planejamento, monitoramento e avaliação tendo como base os aspectos trazidos pelos respondentes associados aos achados na literatura sobre a temática.

Gerenciar significa planejar, monitorar e avaliar a realização das ações ou modificá-las, se necessário. Trata-se de um passo fundamental nas organizações de saúde, considerando a dinamicidade no cotidiano e a diversidade de atores envolvidos nos processos de trabalho. Assim, é imprescindível definir os processos e os instrumentos de gerenciamento (Oliveira; Reis, 2016).

Diversos respondentes trouxeram em suas falas a necessidade de uma melhor estruturação das ações voltadas para a avaliação, como o monitoramento e a avaliação, especialmente em nível municipal, por ser esta a instância mais diretamente relacionada com aspectos organizacionais e estruturais dos serviços. Essa percepção também foi observada no estudo realizado por Orué *et al.* (2023) acerca do perfil das ATAN do Mato Grosso, que demonstrou que a institucionalização da ATAN nos municípios teve um potencial de promoção e melhora na organização, planejamento e envolvimento nas ações de A&N dentro da gestão do cuidado nutricional, no preparo dos territórios para enfrentamento das doenças e agravos de cunho nutricional e na expansão da integralidade do cuidado aos usuários do SUS. Para os autores esses resultados foram potencializados pelo fato do município apresentar ações e metas de A&N em planos/relatórios; elaborar protocolos, guias e/ou manuais de APS; e possuir Referência Técnica formalmente indicados as ações de A&N, com participação nos processos decisórios da SMS.

O planejamento em saúde pode ser entendido como um processo que permite estabelecer um direcionamento a ser seguido pela organização ao longo do tempo. O planejamento possibilita a formulação de objetivos para a seleção de programas de ação e para sua execução, levando em conta as condições internas e externas à organização e sua evolução esperada (Brasil, 2018).

O planejamento foi amplamente citado no presente estudo como sendo o método de estruturar atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais da assistência e gestores acerca das atividades que compõem o campo da A&N. Destaca-se a relevância para a gestão da elaboração de planos de trabalho construídos a partir de um diagnóstico epidemiológico abrangente e fidedigno acerca dos principais problemas de saúde locais.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) se caracteriza pela busca da conciliação da ação sobre uma realidade complexa, com uma visão estratégica e situacional, considerando a visão de múltiplos atores e a utilização de ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas (Brasil, 2016, p. 58).

Assim, o PES é uma vertente do planejamento adequada para situações complexas, com mudanças ao longo de tempo, quando o poder está dividido, ou seja, nenhum ator social detém o total controle das variáveis envolvidas com o problema. Como exemplo, tem-se a necessidade de avaliar a existência de equipamentos para avaliação nutricional previamente ao planejamento de uma ação territorial de VAN, que consiste na avaliação antropométrica. O planejamento é dito situacional porque se inicia a partir de um diagnóstico de situação (Nascimento *et al.*, 2020). Como evidenciado na fala: “É necessária a elaboração de planos de trabalho construídos a partir de um diagnóstico epidemiológico abrangente e fidedigno acerca dos principais problemas de saúde” (P25).

O PES engloba as etapas explicativa (definição do problema/ diagnóstico situacional), normativa (identificação dos objetivos/ construção de planos de ação), estratégica (análise de viabilidade) e operacional (ações) (Nascimento *et al.*, 2020).

Para o planejamento em alimentação em nutrição, na etapa explicativa que seria o diagnóstico situacional, temos a territorialização/ diagnóstico territorial que contempla informações geográficas, demográficas, socioeconômicas, institucionais e epidemiológicas. Após o diagnóstico situacional vem a elaboração dos planos de ação (Nascimento *et al.*, 2020). Tal método de organização do planejamento pode ser encontrado na fala: “É necessário identificar as demandas dos atores sociais locais, através de estudos epidemiológicos dos problemas nutricionais do território ou área de abrangência” (IC39).

Orué (2023) traz que a definição de metas de A&N demanda conhecimento sobre a temática, de um diagnóstico atualizado do território (inclusive estimativas e progressões) e dos recursos humanos, materiais e estruturais aos quais a SMS tem acesso. A presença de tais metas nos planos e relatórios do município remetem à notoriedade que este atribui à área, com monitoramento sistemático que fundamenta a elaboração de estratégias para que os resultados possam ser satisfatórios e progressivos, e, assim, percebidos, reconhecidos e incentivados.

Para o monitoramento das ações foram apontados a necessidade regular do acompanhamento por meio de indicadores que sejam capazes de auxiliar na construção de dados como em “É necessária a elaboração de indicadores de saúde que priorizem indicadores do estado nutricional da população”. (GF36).

É importante a disponibilização de informações atualizadas periodicamente pelas instituições de pesquisas e setores dos órgãos públicos acerca da situação de vida e de saúde da população, utilização dos indicadores para subsidiar o planejamento local. (P25)

Tamaki (2012) destaca, em termos gerais, que o conceito de monitoramento frequentemente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento destina-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, objetivando a obtenção de informações, em tempo adequado, para fomentar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos.

O monitoramento em saúde é compreendido como sendo um processo que integra a gestão e que tem como finalidade a viabilização de recursos capazes de qualificar a saúde e melhorar o desempenho dos serviços. Isso inclui a elaboração de indicadores que contenham informações importantes acerca do estado de saúde populacional, além do desempenho dos sistemas de saúde, que podem significar/representar os processos instalados e/ou os produtos obtidos (Brasil, 2022).

O monitoramento é realizado de forma mais recorrente na rotina da gestão, apresentando um menor destaque nos trabalhos acadêmicos comparados à avaliação. No entanto, é relevante salientar que ainda há o pouco investimento no planejamento das ações vinculadas às políticas públicas, o que afeta tanto o monitoramento quanto à avaliação, bem como o prejuízo que a falta do monitoramento gera para os processos avaliativos (Cruz *et al.*, 2023).

O monitoramento do estado nutricional realizado a partir da coleta dos dados antropométricos em todas as fases da vida pelos serviços de saúde foi apontado nas entrevistas deste estudo com um ponto de fragilidade em relação à Vigilância Alimentar e Nutricional.

Em relação ao uso de indicadores como ferramenta de monitoramento, a Matriz para a organização dos cuidados em Alimentação e Nutrição (Brasil, 2022), considera que mesmo que ainda seja preciso avançar na utilização dos indicadores de estado nutricional e de consumo alimentar por fases do curso da vida que representam a situação de saúde da população, também

é preciso avançar na elaboração de novos indicadores que permitam a análise da atenção nutricional por meio de medidas que representem processos e resultados da atenção à saúde. Esta situação se apresenta como desafio para as três esferas de gestão do SUS, sobretudo para a melhoria da pactuação tripartite de indicadores que possam impactar mecanismos de financiamento da APS.

Além do monitoramento de indicadores, foi mencionado pelos respondentes a necessidade de associar a utilização dos recursos financeiros ao cumprimento de metas e indicadores, demonstrando a necessidade do monitoramento dos recursos financeiros destinados às ações de A & N, conforme evidenciado na seguinte fala: “O FAN deveria estar atrelado ao cumprimento de metas/indicadores, para que seu uso na qualificação fosse melhor implementado.” (GE78).

O monitoramento e avaliação são ações complementares. O monitoramento acompanha ao longo do tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e contribui para formular hipóteses sobre o processo. Já a avaliação aprofunda a compreensão a respeito desse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento. O monitoramento faz a verificação. A avaliação amplifica a compreensão sobre o avaliado, por meio de instrumental qualitativo ou quantitativo, dependendo do que se está analisando (CONASS, 2016).

O monitoramento e a avaliação representam elementos importantes de complementaridade, de modo em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações que subsidiem a realização de processos avaliativos (Souza, 2018). Conforme, indicado por Antero (2008), a diferença principal entre monitoramento e avaliação consiste do fato de que o monitoramento é uma análise contínua e gradual, que se baseia nos “dados da implementação, detecta os desvios quando comparados ao plano para definir ações corretivas e se manter em curso o objetivo da ação ou, até mesmo, decidir sobre a revisão do planejamento do programa ou projeto. Já a avaliação se fundamenta em análise robusta, pontual, que descreve uma situação a qualquer momento do ciclo de vida de uma intervenção.

A avaliação consiste no exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada ação, de maneira a fomentar escolhas no processo gerencial de tomada de decisão, seja ele na etapa de formulação ou implementação da intervenção avaliada (Sousa, 2018).

De acordo com Cruz *et al.* (2023) a avaliação é uma prática socialmente praticada e em crescimento na sociedade, acompanhado do crescimento dos grupos de pesquisa e da produção acadêmica no Brasil. Porém, o termo “avaliação”, tanto nacional quanto internacional, tem nos levado muitas vezes a tratar o monitoramento como sinônimo, praticamente, pois é adotado

com recorrência a terminologia “monitoramento e avaliação”, o que por diversas vezes gera uma desvalorização da relevância do monitoramento para o acompanhamento, a melhoria e a sustentabilidade das intervenções. Os resultados do presente estudo expressaram uma forte tendência para a necessidade da avaliação de indicadores e de ações nos territórios, observadas nas falas: “ (...) definição de metas concretas que possam ser avaliadas periodicamente e atuação mais colaborativa, no processo de tomada de decisões.” (RSCO44) e “(...) adotar mecanismos de monitoramento e avaliação da aplicação dos incentivos financeiros das portarias, inclusão de metas e indicadores de A&N no atual rol de indicadores.” (GE30)

Para Patton (1997), a avaliação possui três objetivos primários, quais sejam: (a) julgar os resultados produzidos por uma ação, programa ou política; (b) contribuir para o seu desenvolvimento e (c) apoiar a construção de conhecimento a respeito do fenômeno avaliado.

Para Cruz *et al.* (2023) a elaboração das capacidades em monitoramento e avaliação no campo da alimentação e nutrição deve sempre ser fortalecida, priorizando-se o aumento e qualificação da colaboração e utilização do conhecimento produzido como resultados parciais e finais para o aprimoramento no contexto do SUS. O processo avaliativo deve fortalecer os agentes de intervenções complexas, considerando o seu potencial de mudanças no cotidiano das ações. Tal achado corrobora com o estudo à medida que se percebe uma preocupação considerável acerca do monitoramento e da avaliação no âmbito das ações de A&N como em:

“É importante a implantação de processos avaliativos que monitorem as ações de alimentação e nutrição por meio dos instrumentos de gestão do SUS, tais como os planos municipais de saúde, relatório anual de gestão”. (P34)

Outro ponto que se destacou nas falas dos entrevistados relaciona-se à importância do monitoramento e avaliação no que tange os recursos financeiros, demonstrando que muitos compreendem que há uma lacuna com relação à transparência da prestação de contas dos recursos financeiros gastos com as ações de A&N.

Vitorino, Cruz e Barros (2017), em um estudo realizado em Minas Gerais acerca do SISVAN, apontaram a relevância de monitorar a disponibilidade de recursos financeiros. Além disso, houve a publicação da Política Estadual de Promoção da Saúde, que instituiu um rol de indicadores a serem monitorados, em que o desempenho e o cumprimento das metas são condicionados ao recebimento de recursos financeiros, como por exemplo o percentual de crianças menores de 2 anos com o consumo alimentar registrado no SISVAN (Minas Gerais, 2016).

IV - Tudo bem, mas e as parcerias? (Articulação intrasetorial e intersetorial e agenda)

O bloco em questão trará componentes fundamentais sobre a discussão da A&N na perspectiva das articulações intrasetoriais e intersetoriais e fundamentos observados pertinentes à agenda de A&N, com base na visão dos respondentes.

Achados deste estudo trazem a força das ações intersetoriais dentro do componente gestão. Foi unânime na fala dos respondentes a necessidade do fortalecimento das relações internas no campo da saúde; o estabelecimento de parcerias com os demais níveis de assistência e com os demais setores do governo, como assistência social e educação e parceria fora do âmbito governamental com instituições de ensino e pesquisa, sejam elas privadas ou públicas.

A busca por componentes externos que podem agregar qualidade à alimentação e nutrição no SUS foi apontada pelos entrevistados

“Se faz necessário desenvolver parcerias entre ensino-gestão-serviço para diagnóstico locais com intervenções para qualificar gestores e executores das ações de alimentação e nutrição, incentivo às ações intersetoriais, fortalecimento da intersectorialidade” (P10)

Cavalcanti e Cordeiro (2015) referem que a intersectorialidade contribui de forma importante para a efetividade e eficiência no setor saúde, proporcionando uma abordagem mais complexa dos problemas de uma forma geral. Os autores destacam, ainda, que esta prática demonstra a existência de uma abertura para o diálogo entre os setores, estabelecendo-se corresponsabilização e elaborando vínculo mútuo, sendo assim, um processo de construção compartilhada.

Ainda nesse sentido, Garbin e Pintor (2019) constataram em seu estudo que a intersectorialidade, por mais que não ocorresse de forma eficiente, foi entendida pelos respondentes como reconhecimento de prática integrada de trabalho em equipe, levando em conta que o setor saúde, sozinho, não é capaz de implementar práticas de promoção da saúde, uma vez que estas estão envolvidas com os determinantes sociais da saúde. A intersectorialidade ainda se coloca, para a equipe, como um desafio que visa a garantir a execução de políticas sociais que respondam às desigualdades e iniquidades

Neste estudo os entrevistados também relataram que enxergam uma lacuna considerável no que tange a comunicação dentro do setor saúde, como em “Dificuldade de integração entre as áreas da APS. As ações na APS não são integradas, afetando gestores.” (GE23) e “(...) bem como por vezes a pouca articulação entre as coordenações de alimentação e nutrição e atenção primária.” (GE68)

Corroborando com esses achados, Mendonça *et al.* (2022) identificaram nas falas dos profissionais do NASF-AB e ESF um destaque na relevância da articulação da rede intersetorial, evidenciados, principalmente, por meio de reuniões de matriciamento e com gestores, o que gera o entendimento da importância da comunicação dentro APS entre os diferentes serviços de saúde e gestão .

Para além das demandas apresentadas correlacionadas à necessidade da elaboração das articulações intrasetoriais e intersetoriais, a agenda de A&N foi um tópico levantado com muita frequência nesse trabalho por parte dos respondentes: “A agenda programática das ações da PNAN precisam ser redesenhadas a luz do novo contexto epidemiológico,” (P21) e “Há necessidade de fortalecer a agenda de A&N nas pactuações federais.” (GE74)

De acordo com Fonseca (2018) essa agenda de A&N vem sendo defendida na sua integralidade, associada às demais ações do sistema de saúde e de modo mais expansivo, com o campo Intersetorial da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). O autor traz de forma mais expressiva desafios comuns da produção do cuidado em saúde, em especial no âmbito da atenção básica. Já Jaime (2018) traz a agenda de A&N como um veículo de articulação entre a saúde e outros setores relacionados ao Direito Humano à Alimentação Saudável.

É importante registrar que o presente estudo foi realizado durante um período no qual o cenário político era de desmontes de políticas públicas, especialmente as voltadas para a saúde, educação e assistência social, corroborando ainda mais para o enfraquecimento da agenda de A&N nos últimos anos. Diante disso, justifica-se a maior expressão nas falas dos entrevistados da necessidade de se valer da política pública e de se apropriar de forma contundente da PNAN.

Tendo em vista a recente transição de governo, é importante salientar que o atual se propôs, para além do resgate da agenda de A&N, ampliar de forma integrada e articulada com os demais segmentos ligados a políticas públicas no campo da A&N por meio do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome responsável por gerenciar no âmbito federal ações direcionadas a impulsionar a políticas públicas que resguardam a dignidade das pessoas. Dentre inúmeras ações, pode-se destacar o gerenciamento do Programa Bolsa Família que agora fica a cargo deste ministério (Brasil, 2023). A seguir será apresentado um quadro que sintetiza as categorias de análise de acordo com as temáticas abordadas em cada bloco.

Quadro 3: Síntese das categorias de análise de acordo com as temáticas de cada bloco.

Estrutura			Planejamento monitoramento e avaliação	Articulação Intersetorial e Intrasetorial e Agenda das Ações de Alimentação e Nutrição
Recursos humanos	Recursos orçamentários	Recursos físicos		
Quantitativo e sobrecarga	Disponibilidade de recursos	Estrutura física de equipamentos - Aquisição - Manutenção		
Formação/ qualificação	Gestão dos recursos			
Perfil				
Vínculo institucional				

Fonte: Produzida pela autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo sugerem uma variedade de apontamentos ligados à gestão das ações de A&N. Dentre as limitações do estudo, pode-se observar a subjetividade em decorrência da interpretação do pesquisador, questões relacionadas à veracidade e precisão das informações coletadas por parte dos entrevistados, e as dificuldades de se trabalhar com um banco de dados pré-existente que pode limitar o pesquisador, considerando a impossibilidade da elaboração de questões que entende serem pertinentes para o êxito da pesquisa.

Os componentes estruturais foram quantitativamente mais abordados e aprofundados do ponto de vista dos respondentes, configurando-se ainda obstáculos para a gestão das ações de A&N na APS. Quanto aos recursos humanos, há relatos de uma carência de profissionais na gestão e na assistência para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de A&N, além de sobrecarga de trabalho, em função do baixo quantitativo profissional que leva a uma sobrecarga de ações e atribuições para esses profissionais.

A qualificação profissional com foco na gestão foi apontada como uma fragilidade por todas as categorias de respondentes, sendo um problema desde o processo formativo do profissional de saúde, sobretudo o nutricionista, até seu trabalho no âmbito do SUS, seja como um profissional da gestão ou profissional ligado à assistência na ESF. O perfil mínimo e necessário para ser um gestor também foi um ponto discutido, considerando a necessidade de um posicionamento de liderança de acordo com cada atividade atribuída no desenvolvimento de atividades no SUS, evitando assim, vieses políticos nas escolhas sobre quem ocupará o cargo.

Os vínculos de trabalhos institucionais frágeis/precários sugeriram dificuldades na manutenção dos profissionais atuantes na rede, considerando a ausência de concursos públicos e plano de cargos e salários justos, em detrimento de modelos de gestão da saúde como as Organizações Sociais de Saúde..

As questões relacionadas ao financiamento foram trazidas, em sua grande maioria, como uma dificuldade na utilização dos recursos do ponto de vista da burocratização, no conhecimento propriamente dito do recurso e seu gerenciamento. Houve um destaque para o subfinanciamento que permeia o SUS como um todo e inclui a gestão da A&N. A estrutura física dos ambientes, equipamentos e sistemas responsáveis pelo gerenciamento e pela execução das atividades relacionadas à A&N também foram pontos críticos, com destaque para a falta de espaços físicos adequados e a ausência de insumos.

A necessidade da estruturação do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N foi trazida como uma forma de fazer com que a nutrição no âmbito da atenção primária

possa ser melhor desenvolvida, além de proferir uma melhor observação do impacto das mesmas na saúde da população. A articulação intrasetorial e intersetorial se mostrou necessária para fortalecer e amplificar o escopo de ações de A&N, no contexto da APS e demais setores. A elaboração das atividades de A&N também precisa estar melhor alinhada com a agenda de alimentação e nutrição para abraçar as reais necessidades sanitárias do país em todas as esferas do governo.

É notório que as questões levantadas, antes mesmo de serem componentes sensíveis da A&N brasileira, são pontos sensíveis da APS. Logo para haver o fortalecimento da A&N é necessário fortalecer a APS como um todo, considerando o cenário social e político atual, no qual se tem tentado recuperar e fortalecer pautas e programas no âmbito das políticas públicas, com a retomada dos setores saúde, educação e assistência social, para assim então estabelecer conexões mais consistentes com o setor de A&N no país, além de considerar que o histórico de A&N também tem muito a contribuir para o próprio setor saúde, não podendo ser visto de forma isolada, mas sim articulada.

Por fim, o cenário de desmonte das políticas públicas da APS e da A&N mostrou a fragilidade que o desenvolvimento das ações propostas nas políticas públicas vêm sofrendo mesmo antes da pandemia. O desfinanciamento, a falta de investimentos nas unidades, na contratação, nos insumos, na formação profissional trouxeram à tona os problemas que já existiam, talvez com menor evidência e gravidade. Sendo assim, há que se valorizar um quadro de profissionais efetivos, com boa e periódica formação, apropriados das normas de gestão do SUS: planejamento, programação e financiamento da Saúde, que garantam o desenvolvimento das ações mesmo diante de cenários caóticos e de retrocessos políticos.

REFERÊNCIAS

- AKAMINE, Kamila Ribeiro; FAUSTINO-DIAS, Álvaro Freitas; FINOCCHIO, Caroline Pauletto SPANHOL. Análise da política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) à luz do Nourishing Framework. **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação (EIGEDIN)**, v. 4, n. 1, 2020.
- ALMEIDA, E. R. DE .; MEDINA, M. G.. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00310820, 2021.
- ALMEIDA, Géssica Mercia de et al. Formação do nutricionista em Saúde Pública. uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**, v. 31, n. 1, p. 97-117, 2018.
- ALPINO, Tais de Moura Ariza, et al. COVID-19 e (in) segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
- ALVES, Kelly Poliany de Souza; JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4331-4340, 2014.
- ANDRADE, Manuel Correia de. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 29, p. 169-194, 1997.
- ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 672-680, 2013.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, p. 1000-1007, 2014.
- ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 7, p. 319-326, 2007.
- ASSIS, Bianca Cristina Silva et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** v. 12, n. 6, p. e3134, 30 abr. 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

BORTOLINI, Gisele Ane et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e 39, 2020.

BORTOLINI, Gisele Ane et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00152620, 2022.

BORTOLINI, Gisele Ane. Avaliação da implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). 2017. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na Saúde), Universidade de Brasília, Brasília.

BRANDÃO, A. L. et al.. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 678–693, jul. 2020.

BRANDÃO, Ana Laura et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. e119, 2022.

BRASIL. Casa Civil et al. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 20, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SEINSF/NEMS** . Proposta de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Guia de apoio à gestão estadual do SUS: monitoramento e avaliação**, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: Avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional no 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, 4 fev. 2010.

BRASIL. Governo de Brasília. **Secretaria de Saúde**. Entenda a proposta de organizações sociais na saúde de Brasília. 2017.

BRASIL. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: MS; 2009.**

BRASIL. Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Instrutivo Programa Crescer Saudável 2021/2022 - Versão Preliminar. Brasília, DF: MS; 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Promoção da Saúde**. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Portarias e materiais referentes à Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal das políticas de alimentação e nutrição e promoção da saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos / Ministério da Saúde, **Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

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. Ministério da Saúde. **Instrutivo Sobre o incentivo Financeiro das ações de alimentação e nutrição (FAN) 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 729 MS/GM, de 13 de maio de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. 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. **Diário Oficial da União**, n. Seção 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Portaria . Nº 2.975, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011. Manual Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos , 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Marco de Referência da Vigilância Alimentar Nutricional, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Portaria gm/ms nº 635, de 22 de maio de 2023. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, p. 55-55, 2011.

BRASIL. **Secretaria de Comunicação Social**. Fome no Brasil piorou nos últimos três anos, mostra relatório da FAO. Disponível em <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/07/fome-no-brasil-piorou-nos-ultimos-tres-anos-mostra-relatorio-da-fao>. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Promoção da Saúde. Instrutivo Portaria GM/MS n.º 3.297, de 4 de dezembro de 2020: institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional no Brasil**: excesso de peso e obesidade da população adulta na atenção primária à saúde, 2020.

CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia et al. Avanços e desafios da formação e qualificação dos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

CAVALCANTI, Alana Diniz; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas

práticas na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-9, 2015.

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3289-3300, 2012.

CESCHIM, E. W. B. **Potencialidades e desafios na gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no nível municipal**: um estudo na Região Metropolitana de Curitiba. 2020. 213 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação e Nutrição) - o Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2020.

COHN, Amélia. Políticas sociais e pobreza no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 12, 1995.

CRUZ, Marly Marque das; BARROS, Denise Cavalcante de; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva (Ed.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição**: contribuições teóricas e práticas. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2023

CUNHA, E. M. DA .; GIOVANELLA, L.. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029–1042, 2011.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Participação popular na administração pública. **Revista de direito administrativo**, v. 191, p. 26-39, 1993.

DOBASHI, B. de F.; BRÊTAS JR, R.; SILVA, Silvio Fernandes. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde. **Gestão pública e relação público privado na saúde**, 2010.

DOMENE, Semíramis Martins Alves; BARATA, Rita Barradas. Inquéritos Nacionais de Alimentação: consumo alimentar e muito mais. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p.1s, 2021.

ESPINDULA, Karina Daleprani. **Trabalhadores de saúde no SUS : vínculos frágeis? implicações complexas?** [s.l.] Universidade Federal do Espírito Santo, 11 Jul. 2016.

ESPÍRITO SANTO. Tribunal de Contas. Manual de orientação para o Estado e os municípios capixabas sobre a gestão das ações e serviços públicos de saúde: Resolução TCEEES nº 216/2007/Tribunal de Contas. Vitória: O Tribunal, 2007

FAGUNDES, Andressa Araújo; DAMIÃO, Jorginete de Jesus; RIBEIRO, Rita de Cássia Lisboa. Reflexões sobre os processos de descentralização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos seus 20 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021; 37 Suppl 1:e00038421.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 12-14, 2018.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues, MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro; EPSJV Fiocruz; 2007.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1541-1552, 2009.

FERREIRA, Francisco Valdicélio et al. ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. DESAFIOS. **Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. 3, p. 158-169, 2020.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **Tecnologias de Administração e Contabilidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.117-131, jul/dez. 2014.

FIUZA, Alexandre Felipe. O resto é verdade: História e ficção em sala de aula no curta-metragem ilha das flores. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. 32, p. 243-253, 2008.

FONSECA, V. DE M.. A Agenda de alimentação e nutrição e seus desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4030–4030, dez. 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. **Campinas**: Editora da Unicamp, 1999.

GARBIN, A. D. C.; PINTOR, E. A. DA S.. Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e18, 2019.

GIOVANELLA, Lúcia et al. “Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, pp. 783-94, 2009.

GIOVANELLA, Lúcia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 493-545.

GIOVANELLA, Lúcia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. p. 493-545.2014.

GIOVANELLA, Lúcia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, Lúcia. Atención primaria de salud en Suramérica. In: **Atención primaria de salud en Suramérica**. p. 298-298 .2015.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Editora Fiocruz, 1997.

HENRIQUE, F.; ARTMANN, E.; LIMA, J. DE C.. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 36–47, 2019.

HÜBNER, Luiz Carlos Moreira; FRANCO, Túlio Batista. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007.

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1829–1836, jun. 2018.

JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, p. 809-824, 2011.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C.. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 140–152, out. 2016.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 918-928, 2010.

KAPPEL, Elisa Prieto. **Percepções dos gestores sobre intersetorialidade para a prevenção e o controle da obesidade em Florianópolis, SC** [Trabalho de Conclusão de Residência]. Florianópolis: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.

L'ABBATE, Solange. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. **Rev. nutr. PUCAMP**, p. 87-138, 1988.

LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 417-425, 2014.

LUCCHESI, Patrícia Tavares Ribeiro et al. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. **Tema: políticas públicas em saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its Federated Units, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 217-232, 2017.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa et al. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, v. 2, p. 44-50, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. As políticas nacionais de alimentação e nutrição e as trajetórias institucionais dos direitos à saúde e à alimentação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

MELO, Cristina; TANAKA, Oswaldo. As organizações sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? **Organizações & Sociedade**, v. 8, p. 1-12, 2001.

Mendes Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, Á.; MELO, M. A.; CARNUT, L.. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00164621, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MENDES, M. et al.. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03622, 2020.

MENDONÇA, Edna Mara et al. A promoção de práticas intersetoriais no cotidiano da atenção primária à saúde: quais caminhos?. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, 2022.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. (Ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução n. 5.250/2016. Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 19 abr. 2016a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 40, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOROSINI, M. V. G. C.. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 5–7, nov. 2016.

NASCIMENTO A. B.; GABRIEL, C. G. ; NICKEL, D. A. ; MACHADO, P. M. O. **Planejamento e organização da Atenção Primária à Saúde. 2020**. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material Didático Curso de Especialização),

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de et al. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: **Edufma**, 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

ORUÉ, Alline Lam 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, p. 1525-1538, 2023.

PAIVA, Rosilene Aparecida et al. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2018.

PATTON MQ. *Utilization-focused evaluation*. Londres: SAGE; 1997.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; DOS SANTOS, Eduarda Emanuela Silva; OLIVEIRA, Maria Mônica. Perfil e atuação de gestores das ações de alimentação e nutrição no estado da Paraíba, Brasil. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 21, p. 1-20, 2022.

PENSSAN, Rede. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro. **Rede Penssan**, 2022.

PEREIRA, E. D. G.; ALMEIDA, C. A. S. Rotatividade de pessoal no Serviço Público Federal Brasileiro: breve revisão da literatura. **IV Encontro Brasileiro de Administração Pública**. João Pessoa, 2017.

PEREIRA, Isabel Brasil et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Epsjv, 2008.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de

Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 170-183, 2008.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2009.**

PIRES, Denise Elvira Pires de, et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2019, 28.

PIRES, D. E. P. DE . et al.. **Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, p. e20180216, 2019.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

RAMOS, Doralice Batista das Neves. **Estratégias e desafios para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde no Município de Niterói**, 2020. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

ROLIM, Mara Diana. **Avaliação do SISVAN como instrumento de informação para o desenvolvimento de ações e serviços de alimentação e nutrição dos municípios de Minas Gerais.** 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

RECINE, Elisabetta Gioconda Iole Giovanna. O Consea voltou! Ou como resistir em tempos desafiadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00086523, 2023.

RECINE, Elisabetta, 1960- O papel do nutricionista na atenção primária à saúde/Elisabetta Recine, Marília Leão, Maria de Fátima Carvalho; [**organização Conselho Federal de Nutricionistas**]. - 3.ed. - Brasília, DF : Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.

RIBEIRO, Rita de Cássia Silva et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3421-3430, 2020.

ROLIM, Mara Diana. **Avaliação do SISVAN como instrumento de informação para o desenvolvimento de ações e serviços de alimentação e nutrição dos municípios de Minas Gerais.** 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Gestão pública e relação público privado na saúde. In: **Gestão pública e relação público privado na saúde.** p.324-324.2010.

SANTOS, Sandra Maria Chaves dos et al. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni et al. Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.

SEVALHO, Gil. A colonização do saber epidemiológico: uma leitura decolonial da contemporaneidade da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5629-5638, 2021.

SILVA, Alberto Carvalho da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos avançados**, v. 9, p. 87-107, 1995.

SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; MOTTA, Ana Laura Brandão; CASEMIRO, Juliana Pereira. Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado. **EdUERJ**, 2021.

SILVA, José Graziano da. Entrevista In: Fome Zero: Uma História Brasileira. Org.: Adriana Veiga Aranha. – Brasília, DF: **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, Assessoria Fome Zero, v. 1, 2010. pp. 96-104.

SILVA, Raimunda Magalhães; JORGE, Maria Salete Bessa; DA SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Editora da ed. Fortaleza: [s.n.], 2015.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SILVA, Robson Roberto. “Questão social”, fome e (in) segurança alimentar e nutricional no Brasil neoliberal. **Argumentum**, v. 15, n. 1, p. 286-306, 2023.

SOARES, Igor Caldeira. **Mapeamento da sobrecarga de atribuições em equipe da Atenção Primária**. 2015. 51 f. Dissertação (Mestrado em Cuidado Primário em Saúde) - Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2015.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289–301, set. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

SOUZA, L. K. D. C. S. DE et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira do nutricionista. **DEMETRA Alimentação Nutrição & Saúde**, v. 11, n. TEMÁTICO, p. 773–788, 2016.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 5, p. e001661, 2019.

SPILLER, Eduardo Santiago; DE ARAÚJO, Carlos Alberto Gonçalves. Planejamento Estratégico: via expressa para o futuro. **Editora Dialética**, 2023.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde; 2002.

SZARFARC, Sophia Cornbluth et al. Histórico das políticas públicas para o controle da deficiência de ferro no Brasil. O ferro e a saúde das populações. São Paulo: **Roca**, p. 200-12, 2006.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 839-849, 2012.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

TRAVAGIN, L. B.. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde*. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 995–1006, out. 2017.

TRINDADE, L.L ; SCHNEIDER, C. F. ; VENDRUSCOLO, C. ; WEBER, M.L . Instrumentos de trabalho na gestão em saúde. In: Letícia de Lima Trindade, Carise Fernanda Schneider, Carine Vendruscolo, Mônica Ludwig Weber. (Org.). **Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde**. 1ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, v. 1, p. 10-40, 2019.

VASCONCELLOS, Ana Beatriz Pinto de Almeida. **As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de Atenção Básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

VIEIRA, S. DE P. et al.. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 110–121, jan. 2017.

VITORINO, S. A. S.; SIQUEIRA, R. L. ; PASSOS, M.C. ; BEZERRA, O. M. P. A. ; CRUZ, M. M. ; SILVA, C. A. M. Estrutura da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica em saúde no estado de Minas Gerais. **Revista de APS (Online)**, v. 16, p. 230-244, 2016.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 36-45, 2008.

ANEXO A - RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA



Artigo original

Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira

Ana Laura Brandão,¹ Juliana Pereira Casemiro,² Erika Cardoso dos Reis,³ Santuzza Arreguy Silva Vitorino,¹ Amanda da Silva Bastos de Oliveira⁴ e Gisele Ane Bortolini⁵

Como citar

Brandão AL, Casemiro JP, dos Reis EC, Vitorino SAS, de Oliveira ASB, Bortolini GA. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>

RESUMO

Objetivo. Elaborar recomendações para o fortalecimento da alimentação e nutrição (A&N) na atenção primária à saúde (APS) brasileira a partir de um consenso de especialistas.

Métodos. Realizou-se estudo descritivo e exploratório utilizando a técnica Delphi. De 172 especialistas em A&N na APS convidados a participar, 116 aceitaram o convite e 72 participaram da primeira rodada. A segunda rodada teve 56 participantes das cinco macrorregiões brasileiras, entre gestores, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil e pesquisadores. As recomendações foram construídas por análise temática das respostas a perguntas abertas sobre obstáculos, estratégias, ações e iniciativas de cinco componentes técnicos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (vigilância alimentar e nutricional, atenção e coordenação do cuidado nutricional, promoção da saúde, intersetorialidade e gestão das ações de A&N). Na segunda rodada, os especialistas classificaram cada item proposto quanto à sua pertinência e relevância para fins de recomendação.

Resultados. Os especialistas elaboraram 35 recomendações, organizadas em seis categorias: estrutura; agenda de A&N na APS; organização em rede e organização da APS; processos de trabalho de A&N na APS; planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N na APS; e sistema de informação. As categorias foram organizadas em dois blocos: "ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N" e "ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS".

Conclusões. As recomendações foram produzidas por pessoas experientes que acompanham a trajetória da A&N e da APS por diferentes pontos de vista, sendo úteis para a gestão e proposição de políticas públicas rumo ao fortalecimento da A&N nas APS brasileira.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; política de nutrição e alimentação; técnica Delfos; estudo de validação; Sistema Único de Saúde; Brasil.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a garantia de ações de diversos âmbitos na atenção primária à saúde (APS) são conquistas históricas da atuação dos governos democráticos. Como frutos desse processo, destacam-se o

aumento da cobertura e a melhoria das condições de acesso e de saúde da população (1, 2), com reconhecimento de que a garantia de alimentação adequada e saudável é aspecto fundamental para a saúde (3). Um resultado palpável desse avanço é

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ✉ Ana Laura Brandão, alaurabrandao@gmail.com

² Departamento de Nutrição Social, Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Departamento de Nutrição Clínica e Social, Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto (MG), Brasil.

⁴ Superintendência de Segurança Alimentar e Nutricional, Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde, Brasília (DF), Brasil.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado. Não são permitidas modificações ou uso comercial dos artigos. Em qualquer reprodução do artigo, não deve haver nenhuma sugestão de que a OPAS ou o artigo avaliem qualquer organização ou produtos específicos. Não é permitido o uso do logotipo da OPAS. Este aviso deve ser preservado juntamente com o URL original do artigo.

a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que se propõe a organizar a agenda de alimentação e nutrição (A&N) no âmbito do SUS (4).

A identificação da APS como ponto estratégico da rede de atenção à saúde (RAS) para a efetivação das ações de A&N exige a priorização das análises e recomendações a serem operacionalizadas nesse nível de atenção (5-8). Privilegiar essas ações tornou-se urgente a partir da agudização do quadro de insegurança alimentar (9) que se instalou no Brasil nos últimos anos, sobrepondo elevados índices de obesidade (1) ao recrudescimento da fome e desnutrição (10). Estudos têm apontado tanto avanços quanto desafios no que se refere à estrutura e aos processos de trabalho em A&N na APS (11-13), enfatizando a necessidade de aprimoramento das práticas de cuidado, educação permanente e gestão. Nesse sentido, a representação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil, em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, propôs o projeto Nutrição na Atenção Primária em Saúde, tendo quatro objetivos: construir um arcabouço conceitual de nutrição na APS e apontar cenários futuros; identificar experiências empiricamente qualificadas como exitosas com o objetivo de produzir conhecimento de forma sistematizada para o compartilhamento com os profissionais de saúde e gestores; atualizar a matriz de ações de A&N na APS à luz dos conhecimentos e das práticas apreendidos; e realizar o II Seminário Internacional sobre Alimentação e Nutrição na Atenção Primária.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi elaborar recomendações para o fortalecimento da A&N na APS brasileira a partir de um consenso de especialistas.

MATERIAIS E MÉTODOS

No primeiro semestre de 2021, realizou-se um estudo descritivo e exploratório utilizando métodos qualitativos e quantitativos para elaborar e validar, com um grupo de especialistas, recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na APS. Para desenvolvimento do consenso, foi utilizada a técnica Delphi, que tem sido amplamente incorporada em diversas áreas do conhecimento, incluindo o setor da saúde (14) e, especificamente, a A&N (15-17).

Todo o processo metodológico (18) desenvolvido no presente estudo está sistematizado e descrito na figura 1. Para a busca do consenso, foram convidados especialistas das cinco macrorregiões geográficas do país. Foram incluídos especialistas com foco "micro", voltados para o setor da saúde, incluindo gestores e profissionais da APS; e especialistas com foco "macro", ou ampliado, na promoção da saúde, incluindo, necessariamente, a intersetorialidade. A amostra foi selecionada por conveniência. A *expertise* em A&N e/ou na APS para cada grupo foi verificada pelo atendimento a pelo menos um dos critérios descritos a seguir.

- Profissionais da gestão em A&N: formação em nutrição; ou pelo menos 5 anos de experiência na gestão das ações de A&N; ou 3 anos de experiência no cargo e qualificação/formação em gestão.
- Profissionais da gestão em APS: formação de nível superior; ou pelo menos 5 anos de experiência na gestão da APS; ou 3 anos de experiência e formação adicional em gestão pública.
- Profissionais da assistência: formação superior na área da saúde; ou atuar ou ter atuado como profissional de saúde

na Estratégia Saúde da Família (ESF), na Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNAS-F-AP) ou em equipe tradicional da atenção básica por no mínimo 5 anos; ou ter experiência mínima de 3 anos e formação na área de saúde pública.

- Representantes da sociedade civil: selecionados com base na atuação por no mínimo 5 anos como representantes de grupos organizados da sociedade civil.
- Representantes de entidades profissionais e instâncias colegiadas: formação superior em saúde; ter sido eleitos e estar inseridos, atualmente, na gestão dos conselhos profissionais das categorias profissionais definidas; ou estar inseridos, atualmente, nas respectivas instâncias colegiadas.
- Pesquisadores: atuar como pesquisador ou professor na temática em instituições de ensino e pesquisa, com no mínimo 10 anos de formação e publicações na área.

Para qualquer categoria, considerou-se como critério de exclusão a não conformidade com a formação e/ou o tempo de atuação.

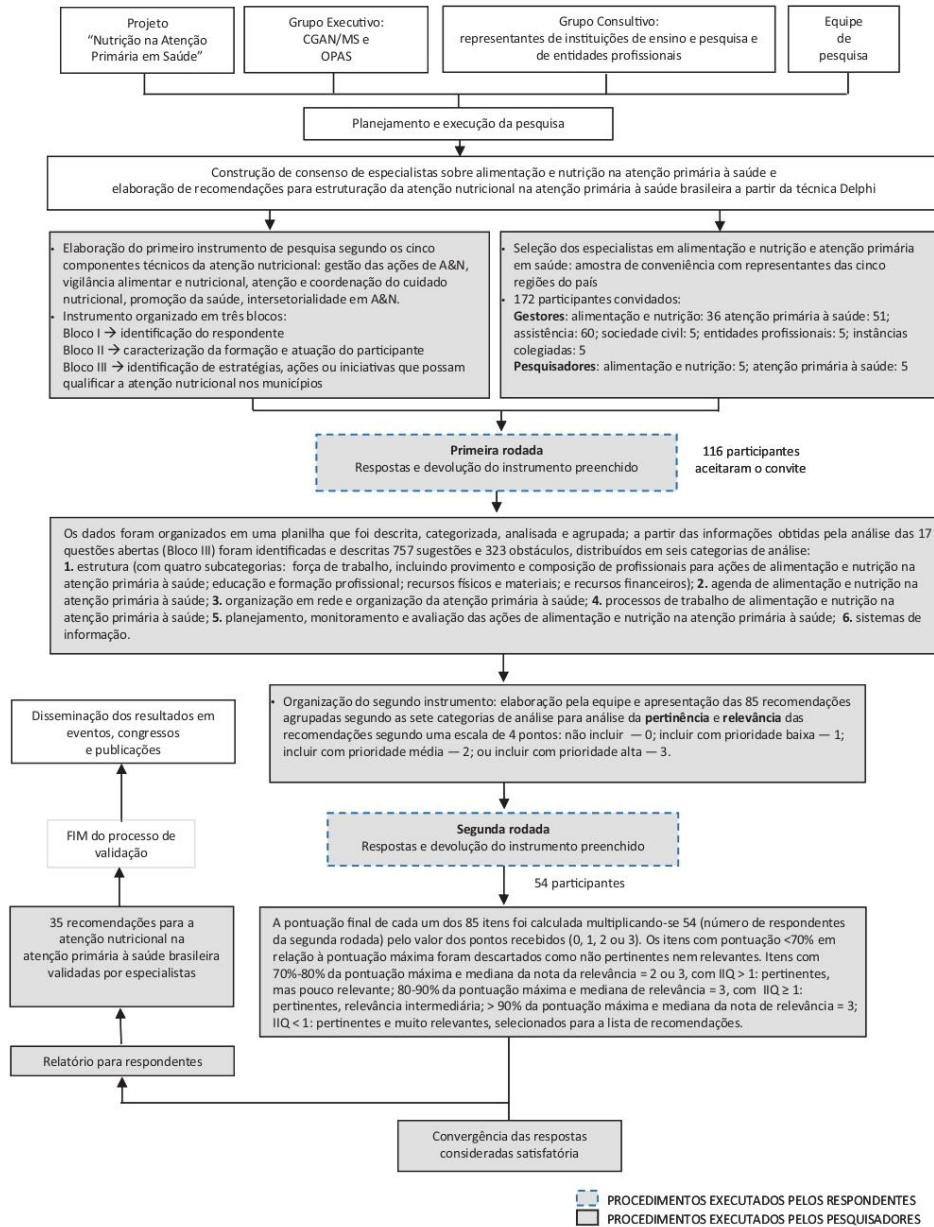
O presente estudo compreendeu duas rodadas. Na primeira rodada, foram enviados 172 convites, dos quais 116 foram aceitos. Os participantes que aceitaram o convite receberam, por e-mail, o link de acesso ao formulário eletrônico, o instrumento contendo o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e três blocos de questões: bloco I - identificação dos respondentes; bloco II - caracterização da formação e atuação; e bloco III - questões abertas sobre obstáculos, estratégias, ações e iniciativas de cinco componentes técnicos da PNAN, inclusive vigilância alimentar e nutricional (VAN), atenção e coordenação do cuidado nutricional, promoção da saúde, intersetorialidade e gestão das ações de A&N. Os participantes, ao concordarem com o disposto no TCLE, declararam consentimento quanto à divulgação dos resultados e receberam garantia de anonimato durante e após a realização da pesquisa.

O primeiro instrumento de pesquisa foi testado previamente e aprovado pelos Grupos Executivo e Consultivo envolvidos no acompanhamento do projeto Nutrição na Atenção Primária em Saúde, sendo posteriormente enviado aos especialistas. Os especialistas responderam ao instrumento da primeira rodada e, após 30 dias, foram contabilizadas 76 respostas válidas, três recusas e oito respostas desclassificadas por estarem incompletas. As respostas dos participantes ao primeiro instrumento geraram uma planilha que foi descrita, categorizada, analisada e agrupada.

As informações obtidas nas 17 questões abertas (bloco III da rodada 1) foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo, que permite qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (19). A análise dos dados consistiu na construção de categorias de análise, baseadas em expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Para Minayo (20), a categorização se traduz em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Posteriormente, foram realizadas a classificação e a agregação dos dados a partir de categorias utilizadas especificação do tema (19). A seguir foram realizadas inferências e interpretações, relacionando-as com o quadro teórico dos componentes técnicos ou em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material.

A análise identificou seis categorias (figura 1), que orientaram a estruturação do segundo instrumento. Em seguida,

FIGURA 1. Descrição da sequência de validação das recomendações para a atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira pela técnica Delphi*



Fonte: Elaborado a partir de Wright e Giovannozzi (18).

* A&N: alimentação e nutrição; APS: atenção primária à saúde; CGAN/MS: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde; IIQ: intervalo interquartil; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde.

foram elaboradas 85 recomendações para o aprimoramento da atenção nutricional na APS, as quais foram alinhadas com o Grupo Executivo e, finalmente, submetidas a apreciação pelos mesmos 76 especialistas que responderam à primeira rodada. Na segunda rodada, os especialistas foram convidados a analisar e classificar cada item quanto à sua pertinência e relevância. Após 20 dias, foram recebidas 54 respostas, analisadas por meio de estatística descritiva simples.

A relevância das recomendações, expressa por uma escala com quatro opções de resposta (0 – não incluir; 1 – incluir com prioridade baixa; 2 – incluir com prioridade média; 3 – incluir com prioridade alta), foi utilizada para definir a intensidade da pertinência. A pontuação final de cada um dos 85 itens foi calculada multiplicando-se 54 (número total de respondentes da segunda rodada) pelo valor dos pontos recebidos (0, 1, 2 ou 3). Para cada item, a pontuação máxima era, portanto, 162 (54 x 3). Foram consideradas pertinentes as recomendações que receberam no mínimo 70% da pontuação máxima disponível. Para a lista final de recomendações foram consideradas aquelas que, além de 70% da pontuação máxima, apresentaram uma mediana de notas recebidas igual a 3 e um intervalo interquartil (IIQ) < 1. Assim, a classificação final foi realizada da seguinte forma:

- < 70% da pontuação máxima: não pertinente nem relevante.
- 70-80% da pontuação máxima e mediana da nota de relevância = 2 ou 3, com IIQ > 1: pertinente, mas pouco relevante.
- 80-90% da pontuação máxima e mediana da nota de relevância = 3, com IIQ ≥ 1: pertinente, relevância intermediária.
- > 90% da pontuação máxima e mediana da nota de relevância = 3; IIQ < 1: pertinente e muito relevante.

As recomendações foram selecionadas para a lista final a partir da análise da mediana e do intervalo entre o primeiro e o terceiro quartis. A atribuição da intensidade da relevância foi importante para a definição de prioridades das recomendações, fruto desse processo de construção e reflexão coletiva.

Por fim, o conjunto das recomendações classificadas como altamente prioritárias pelos respondentes foi organizado em dois blocos de acordo com os critérios de governabilidade e responsabilização na execução das ações, envolvendo “ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N” e “ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS”.

Em concordância com os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (21), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ (CAAE: 42075221.0.0000.5240).

RESULTADOS

Foram convidados 172 especialistas, dos quais 116 aceitaram participar do estudo. Desses, 76 (44,2%) responderam ao questionário aberto (rodada 1) e 54 (31,4%) participaram do consenso sobre as recomendações (rodada 2). Entre os participantes, 38,9% tinham entre 27 e 40 anos, 83,3% eram do sexo feminino e 38,5% eram brancos. A região Sudeste concentrou a maior parte dos especialistas (50,0%). O grau de escolaridade predominante foi o mestrado, e os nutricionistas constituíram a categoria profissional mais representada (66,7%) (tabela 1).

A maioria dos especialistas possuía mais de 11 anos de experiência (42,1% na rodada 1 e 46,3% na rodada 2). As categorias

mais presentes foram gestores das três esferas do governo e profissionais com atuação na assistência à saúde (tabela 2).

A partir da descrição de obstáculos, estratégias, ações ou iniciativas apontados pelos especialistas no questionário 1, foram identificadas e descritas 757 sugestões e 323 obstáculos, que, após análise de conteúdo, resultaram em 85 recomendações (apêndice 1). As recomendações foram novamente enviadas a 19 especialistas para compilação da lista final. Após as duas etapas do consenso, foram aprovadas 35 recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na APS no Brasil (tabela 3). A pontuação detalhada atribuída a cada recomendação pode ser encontrada no material suplementar deste artigo (apêndice 1).

As 35 recomendações consensuadas foram organizadas nas seis categorias que emergiram durante o processo de análise de dados. O item “estrutura”, que abarca força de trabalho e recursos físicos, materiais e financeiros, reuniu o maior número de recomendações (10 recomendações), seguido de “processos de trabalho” (sete recomendações).

Identificando-se a necessidade de contemplar as perspectivas de governabilidade e responsabilização na execução, as recomendações foram classificadas segundo sua identificação com as ações no âmbito das responsabilidades da APS (13 recomendações), da A&N (14 recomendações) ou de ambas (sete recomendações).

DISCUSSÃO

Passados mais de 30 anos da aprovação da PNAN, é possível reconhecer a presença das ações de A&N implementadas na APS, sendo destacadas como as principais: a VAN, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), a prevenção de carências nutricionais e o manejo dietético da obesidade, do diabetes e da hipertensão arterial sistêmica (8). No entanto, vale destacar que o cenário atual torna imprescindível tanto a defesa do que foi conquistado até o momento quanto o anúncio das possibilidades de fortalecimento de tais ações. Sendo assim, pode-se apontar a coerência entre as recomendações e a necessidade de fortalecer a PNAN e suas ações na APS.

A concepção desta pesquisa ampliou a visão especializada sobre A&N na APS, procurando abarcar diferentes olhares. Se, por um lado, identificou-se a participação das cinco regiões brasileiras, assim como de representantes da gestão, assistência à saúde, pesquisa e sociedade civil, por outro, cabe destacar que houve uma maioria de respondentes mulheres e nutricionistas, reafirmando um perfil conhecido para esse campo de atuação. Os gestores tiveram grande adesão em comparação à participação dos profissionais que atuam na assistência à saúde. Ainda que se possa considerar que o período de coleta de dados tenha coincidido com momento de grande sobrecarga dos serviços de saúde devido à pandemia de COVID-19, vale ressaltar que essa diferença no retorno pode estar relacionada à identificação do tema com esferas de tomada de decisão que historicamente localizam-se na gestão e não na ponta dos serviços de saúde.

A percepção da necessidade de dividir as recomendações entre “ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N” e “ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS” representa um esforço para apresentar as recomendações de forma convidativa à tomada de decisão e ao desdobramento em iniciativas concretas. Além disso, apresentadas dessa forma, as recomendações consensuadas expressam a possibilidade de um movimento complementar e sinérgico em que o

TABELA 1. Características dos especialistas participantes da pesquisa para elaboração de recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde, Brasil, 2021

Característica	Rodada 1		Rodada 2	
	No.	%	No.	%
Idade (anos)				
27 a 40	31	40,8	21	38,9
41 a 50	26	34,2	17	31,5
51 a 64	19	25	16	29,6
Sexo				
Feminino	61	80,3	45	83,3
Masculino	15	19,7	9	16,7
Raça/cor				
Amarela	3	3,9	1	1,9
Branca	46	60,5	37	68,5
Preta/parda	27	35,5	16	29,6
Região				
Centro-Oeste	10	12,8	8	14,8
Nordeste	12	15,4	6	11,1
Norte	8	10,3	4	7,4
Sudeste	31	39,7	27	50,0
Sul	15	19,2	9	16,7
Grau de escolaridade				
Ensino superior	5	6,6	2	3,7
Especialização	25	32,9	17	31,5
Mestrado	29	38,2	23	42,6
Doutorado	17	22,4	12	22,2
Categoria profissional				
Nutricionista	46	60,5	36	66,7
Enfermeiro	12	15,8	6	11,1
Médico de família	4	5,3	2	3,7
Odontólogo	3	3,9	1	1,9
Sanitarista	2	2,6	1	1,9
Outras ocupações de nível superior relacionadas à saúde	7	9,2	6	11,1
Outras ocupações não relacionadas à saúde	2	2,6	2	3,7

TABELA 2. Inserção profissional dos participantes da rodada 1 e 2 do método Delphi para propostas de recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na APS, Brasil, 2021

Inserção/atuação*	Rodada 1				Rodada 2			
	Tempo de experiência (anos)			Total	Tempo de experiência (anos)			Total
	2 a 5	6 a 10	> 11		2 a 5	6 a 10	> 11	
No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	
Gestão	16 (21,0)	7 (9,2)	11 (14,5)	34 (44,7)	12 (22,2)	4 (7,4)	9 (16,7)	25 (46,3)
Municipal (A&N)	5 (6,6)	1 (1,3)	3 (3,9)	9 (11,8)	2 (3,7)	1 (1,9)	2 (3,7)	5 (9,3)
Municipal (APS)	5 (6,6)	3 (3,9)	1 (1,3)	9 (11,8)	5 (9,3)	2 (3,7)	1 (1,9)	8 (14,8)
Estadual (A&N)	5 (6,6)	2 (2,6)	5 (6,6)	12 (15,8)	4 (7,4)	1 (1,9)	4 (7,4)	9 (16,7)
Estadual (APS)	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)	3 (3,9)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (3,7)
Federal (A&N)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (1,9)
Assistência à saúde	5 (6,6)	9 (11,8)	8 (10,5)	22 (28,9)	3 (5,6)	4 (7,4)	7 (13,0)	14 (25,9)
Sociedade civil	0 (0,0)	2 (2,6)	2 (2,6)	4 (5,3)	0 (0,0)	2 (3,7)	2 (3,7)	4 (7,4)
Pesquisadores	3 (3,9)	2 (2,6)	11 (14,5)	16 (21,1)	3 (5,6)	1 (1,9)	7 (13,0)	11 (20,4)
Total	24 (31,6)	20 (26,3)	32(42,1)	76 (100,0)	18 (33,3)	11 (20,4)	25 (46,3)	54 (100,0)

* A&N: alimentação e nutrição; APS: atenção primária à saúde.

TABELA 3. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde no Brasil, 2021^a

Recomendações	Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS
Estrutura		
Força de trabalho		
Provimento/composição de profissionais para ações de A&N na APS		
1. Adequar o número de equipes de saúde da família para garantir a cobertura suficiente e a consolidação da APS com ênfase em seus atributos	X	
2. Adequar o número de equipes multiprofissionais e a contratação de nutricionistas para compor as equipes multiprofissionais de acordo com demandas e necessidades locais	X	
3. Promover estratégias de fixação e valorização de recursos humanos na APS	X	
Educação e formação profissional		
4. Investir em processos de educação permanente em temas de A&N para profissionais da assistência e da gestão nas três esferas do governo e com garantia de agenda protegida		X
5. Temas de educação em saúde que devem ser priorizados: atenção e cuidado nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, promoção à saúde, direito humano à alimentação adequada, segurança alimentar e nutricional		X
6. Incentivar junto ao Ministério da Educação a perspectiva multidisciplinar e multiprofissional na formação de profissionais de saúde, reforçando a atuação com indivíduos, famílias, comunidades e equipamentos sociais presentes nos territórios	X	
Recursos físicos e materiais		
7. Garantir disponibilidade e manutenção periódica de equipamentos em quantidade suficiente para realização das ações de A&N e atendimento dos usuários, considerando todas as suas necessidades	X	X
8. Investir na disponibilidade de computadores e rede de internet em quantidade suficiente para as ações nas UBS	X	
Recursos financeiros		
9. Garantir o financiamento adequado do SUS com ampliação dos recursos para a APS	X	
10. Ampliar o financiamento e garantir equidade na alocação dos recursos para as ações de A&N		X
Agenda de A&N na APS		
11. Fortalecer a agenda de A&N em todas as esferas do governo		X
12. Fomentar a elaboração de políticas estaduais e municipais de alimentação e nutrição		X
13. Ampliar articulação entre as políticas de promoção à saúde (estaduais e municipais) e as ações de A&N		X
14. Fortalecer a A&N em conselhos, setoriais e intersetoriais, nas três esferas do governo para planejamento e monitoramento das ações		X
Organização em rede e organização da APS		
15. Reforçar as ações de A&N na RAS na perspectiva de construção de linhas de cuidado		X
16. Reforçar a atuação da APS no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de iniciativas e políticas intersetoriais relacionadas à A&N (por exemplo, segurança alimentar e nutricional, promoção à saúde, promoção de atividade física, Programa Saúde na Escola, programa Bolsa Família)		X
17. Promover a atuação conjunta entre gestão e assistência para o planejamento e organização das ações de A&N com base nas informações produzidas pelas equipes de APS		X
18. Estimular aproximação entre os poderes executivo e legislativo para construção de leis e decretos que favoreçam a implementação das ações de A&N em uma perspectiva intersetorial (por exemplo, legislação de regulamentação de venda de alimentos em escolas, leis relacionadas à tributação de alimentos não saudáveis e acesso a alimentos saudáveis/provenientes da agricultura familiar)		X
Processos de trabalho de A&N na APS		
19. Reorientar os processos de trabalho em A&N em consonância com os atributos da APS		X
20. Implementar processos de trabalho que possibilitem espaço-tempo qualificado para ações de promoção à saúde e da PAAS, fortalecendo o enfoque comunitário e territorial da APS de forma sustentável	X	
21. Incentivar estratégias de cuidado em A&N na APS, centradas na pessoa, nas famílias e na comunidade, a partir da eNASF/AP		X
22. Implantar os protocolos da VAN como parte da rotina dos serviços das equipes da ESF para todas as fases do ciclo de vida	X	
23. Incentivar a organização dos serviços para registro dos dados de consumo alimentar e antropométricos nos sistemas de informação em saúde		X
24. Ampliar a análise local e disseminação dos dados de VAN da população do território para as equipes da APS desenvolverem ações de A&N	X	X
25. Implementar ferramentas e instrumentos para a realização de diagnóstico e mapeamento dos territórios em relação a consumo alimentar, estado nutricional, agravos nutricionais mais prevalentes e SAN	X	
Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N na APS		
26. Fomentar a realização de pesquisas e disponibilização de informações acerca da situação de vida e de saúde da população	X	X
27. Fortalecer o planejamento participativo em A&N na APS	X	
28. Incluir metas e indicadores relacionados a A&N no rol de indicadores do Previn Brasil	X	

Recomendações	Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS
29. Ofertar apoio institucional para potencializar o trabalho das equipes de APS na execução das ações de A&N	X	
30. Promover o planejamento intersetorial de ações relacionadas aos determinantes sociais do consumo alimentar, do estado nutricional e de SAN da população	X	X
Sistema de informação		
31. Implantar sistemas de informação em saúde integrados que se comuniquem e sejam acessíveis em todos os pontos da RAS	X	
32. Ajustar os sistemas de informação com regras de registro que garantam a qualidade e migração dos dados (por exemplo, reconhecer dados incorretos/inconsistentes de CNS, NIS e CPF do usuário)	X	
33. Aprimorar e fomentar a interface da geração de relatórios dos SIS (SISVAN e e-SUS) que permitam o planejamento das ações de A&N para as equipes e coordenação da APS e gestão municipal de saúde	X	X
34. Aprimorar e fomentar que os prontuários eletrônicos tenham a inserção da classificação do estado nutricional de acordo com os parâmetros do SISVAN	X	X
35. Assegurar a qualidade e integridade da migração/interoperabilidade dos dados de A&N	X	X

*A&N: Alimentação e nutrição; APS: Atenção primária em saúde; CNS: cartão nacional de saúde; CPF: cadastro de pessoas físicas; NIS: número de identificação social; eNASF/APS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família – APS; PAAS: promoção da alimentação adequada e saudável; SAN: segurança alimentar e nutricional; SIS: sistema de informação em saúde; SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidade básica de saúde; VAN: vigilância alimentar e nutricional.

fortalecimento da APS é considerado essencial às ações de A&N ao mesmo tempo em que se destacam ações de A&N que, se reforçadas, contribuem para uma APS mais robusta. Isso significa que, examinando as recomendações em seu conjunto, pode-se identificar a necessidade de que a A&N seja fortalecida na agenda e na organização da APS. Identifica-se que ações tradicionais do campo, sobretudo a VAN, ainda carecem de reforço, seja do ponto de vista material, seja na perspectiva da organização dos processos de trabalho. Integra-se às demandas da A&N um reforço à defesa da organização dos serviços e da força de trabalho em torno da reafirmação da APS.

Pode-se sugerir que as recomendações relacionadas a fixação e valorização da força de trabalho e garantia de número adequado de equipes contribuem para a longitudinalidade do cuidado, além de contribuir para a garantia do acesso. Além disso, a ênfase na APS, nos moldes da ESF, sugere uma aposta na ampliação do acesso a partir desse ponto da RAS, reafirmando a APS como primeiro contato. Ademais, outros aspectos, como o investimento na disponibilidade de computadores e rede de internet em quantidade suficiente para as ações a serem realizadas nas unidades básicas de saúde (UBS), garantindo a coordenação informacional, contribuem para a coordenação e a integralidade do cuidado (22).

A perspectiva da PAAS se insere como um eixo estratégico da promoção da saúde (23) que demanda um olhar ampliado, podendo refletir a integralidade do cuidado. Outro ponto relacionado a esse mesmo atributo essencial da APS foi a necessidade de garantir a disponibilidade de equipamentos em quantidade suficiente para a realização das ações de A&N e para o atendimento dos mais diversos tipos de usuários, tais como pessoas com obesidade e deficiências físicas, visuais e auditivas, entre outras.

A partir da análise de experiências locais brasileiras, foi identificada a necessidade da implementação de ações de A&N que fortaleçam de forma conjunta todos os atributos da APS e a articulação intersetorial (24). Sinaliza-se, dessa forma, tanto a possibilidade quanto a necessidade de aprofundar reflexões e debates sobre as formas de construir e fortalecer nexos entre ações de A&N e os atributos da APS.

Vale mencionar que a intersetorialidade é um grande desafio na agenda de A&N e na organização da RAS. As recomendações

presentes em diversas categorias de análise chamam atenção para esse aspecto, como a recomendação de fortalecer o planejamento participativo no âmbito das ações de A&N na APS. É possível favorecer a construção da autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS, com aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e nos processos de gestão e atenção em A&N na APS (25, 26). Outra recomendação fundamental é a promoção do planejamento intra e intersetorial, compreendendo a totalidade das ações de A&N, sobretudo com foco nos determinantes sociais do consumo alimentar e do estado nutricional da população. Os determinantes sociais que interferem na situação alimentar e nutricional da população brasileira são complexos e dependem de ampla articulação entre os setores para seu enfrentamento. Embora o setor da saúde seja entendido como a principal referência quando se trata de questões relacionadas à A&N, não é capaz de enfrentar os problemas sozinho, porém assume papel fundamental na promoção da articulação intersetorial em todos os níveis de gestão, incluindo o território de uma UBS (27).

Os resultados demonstram que a categoria de análise “sistema de informação” é bastante relevante para os especialistas, pois, por meio dos sistemas, são registradas as ações realizadas e é possível monitorar essas ações e indicadores importantes relacionados à atenção nutricional. Nesse contexto, a VAN, uma das ações mais tradicionais realizadas na APS e incorporada no ato normativo que institui o sistema de saúde brasileiro, ainda precisa ser fortalecida e ampliada (7).

Este estudo apresenta algumas limitações relacionadas ao método utilizado, como a perda de participantes entre uma rodada e outra, comum na técnica Delphi. No entanto, uma potencialidade do método Delphi na presente pesquisa é que as recomendações foram elaboradas e consensuadas a partir de uma noção ampliada de especialistas, envolvendo pesquisadores que trabalham com o tema e gestores que são atores potenciais no processo decisório. Além disso, foi incorporado o ponto de vista de outros atores, como profissionais de saúde responsáveis pela implementação das ações e integrantes da sociedade civil organizada que acompanham e monitoram a execução dessas ações, agregando a perspectiva dos usuários do SUS. Configurou-se, desse modo, como um processo

iterativo e interativo (18), garantido, assim, as principais características da técnica Delphi, que são o anonimato dos envolvidos e a realização de rodadas. Dessa forma, o estudo foi capaz de produzir 35 recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na APS brasileira, considerando as especificidades da PNAN e os princípios organizativos do sistema de saúde brasileiro, o que contribuirá para a consolidação das ações de A&N no âmbito da saúde pública. Esse conjunto apresenta desafios práticos rumo à qualificação dos serviços tanto no que se refere aos aspectos de processos de trabalho quanto à estrutura, apontando necessidade de ampliação de investimento nesses temas.

As recomendações deste estudo foram produzidas e consensuadas por pessoas experientes e que acompanham a trajetória da A&N e da APS por diferentes pontos de vista. Portanto, são úteis para a gestão e proposição de políticas públicas nas três esferas do governo, rumo ao fortalecimento da A&N nas ações de APS brasileira. Por outro lado, agrupam demandas que perpassam os cotidianos das equipes, permitindo identificar mudanças relacionadas ao aprimoramento dos processos de trabalho e educação permanente. São prementes o fortalecimento da A&N na agenda pública e a defesa da APS como

estratégias de promoção da atenção nutricional de qualidade e dos direitos à saúde e alimentação. Destaca-se, por fim, que as recomendações e a metodologia utilizada para sua elaboração podem servir de base para outros países latino-americanos, a fim de fortalecer as ações da A&N na APS.

Contribuições dos autores. ALB, JPC, ECR, SASV e ASBO contribuíram na concepção do estudo, aplicação do método, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. GAB contribuiu na concepção do estudo, interpretação dos dados e redação final. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

Financiamento. Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Conflito de interesses. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou políticas da RPS/P/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à SAÚDE. E-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em 17 de junho de 2022.
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saude Debate*. 2018;42(1):18-37. doi: 10.1590/0103-11042018S102
3. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1829-36. doi: 10.1590/1413-81232018236.05392018
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf Acesso em 16 de junho de 2022.
5. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011;24(6):809-24.
6. Pires ACL, Ramos MKP, Alves MFM, Alba RD, Bortolini GA, Silva JRM. Um olhar para as experiências de Alimentação e Nutrição do Prêmio APS Forte. *APS Rev*. 2020;2(3):285-97. doi: 10.14295/aps.v2i3.153
7. 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. doi: 10.26633/RPSP.2020.39
8. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires ACL, Moratori MF, Ramos MKP, et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(Supl 1):e00152620. doi: 10.1590/0102-311X00152620
9. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN). VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Rede PENSSAN; 2021. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf Acesso em 6 de novembro de 2021.
10. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Campello T, Aragão E, Guimarães JMM, Ferreira AJ, et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(9):3421-30. doi: 10.1590/1413-81232020259.22152020
11. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica brasileira. *Saude Debate*. 2020;44(126):678-93. doi: 10.1590/0103-1104202012607
12. Reis EC, Brandão AL, Casemiro, JP. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. *Demetra*. 2021;16:e55647. doi: 10.12957/demetra.2021.55647
13. Machado PMO, Lacerda JT, Colussi CF, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(2):e2020635. doi: 10.1590/S1679-49742021000200015
14. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. doi: 10.26633/RPSP.2020.4
15. Recine E, Mortoza AS. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição; 2013. Disponível em: https://www.opsan.unb.br/_files/ugd/4f9062_b13957a7e64b4e4cb9eeda-68cdf8e3e0.pdf Acesso em 15 de junho de 2022.
16. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(12):e00014217. doi: 10.1590/0102-311X00014217
17. Miranda WD, Guimarães EAA, Campos DS, Antero LS, Beltão NRM, Luz ZMP. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:1-8. doi: 10.26633/RPSP.2018.182
18. Wright JTC, Giovinazzo RA. DELPHI - Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Admin*. 2001;1:54-65.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. Pp. 406.

21. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília: Diário Oficial da União; 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em 15 de junho de 2022.
22. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018;42:244-60. doi: 10.1590/0103-11042018S116
23. Castro IRR. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(1):7-9. doi: 10.1590/0102-311XPE010115
24. Pires ACL, Ramos MKP, Alves MFM, Alba RD, Bortolini GA, Silva JRM. Um olhar para as experiências de Alimentação e Nutrição do Prêmio APS Forte. *APS Rev*. 2020;2(3):285-97. doi: 10.14295/aps.v2i3.153
25. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em 15 de junho de 2022.
26. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comun Saude Educ*. 2009;13(Supl 1):557-70. doi: 10.1590/S1414-3283200900500008
27. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saude Colet*. 2007;17(1):77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006

Manuscrito submetido em 13 de janeiro de 2022. Aceito em versão revisada em 18 de abril de 2022.

Recommendations to strengthen nutritional care in the primary care setting in Brazil

ABSTRACT

Objective. To develop recommendations to strengthen nutritional care in the primary health care (PHC) setting in Brazil based on expert consensus.

Method. A descriptive and exploratory study was performed using the Delphi technique. Of 172 invited PHC experts in nutrition, 116 accepted the invitation and 72 participated in the first Delphi round. The second round had 56 participants from the five Brazilian regions, including managers, healthcare professionals, representatives from civil society organizations, and researchers. The recommendations were developed based on thematic analysis of the responses to open-ended questions about barriers, strategies, actions, and initiatives from five components of the National Food and Nutrition Policy (food and nutrition surveillance, coordination of nutritional care, health promotion, intersectoral focus, and management of food and nutrition actions). In the second round, experts classified each proposed item regarding its pertinence and relevance for the purpose of recommendation.

Results. A consensus was reached on 35 recommendations distributed in six categories: structure; PHC nutritional agenda; organization of the healthcare network and PHC; nutritional work processes in PHC; planning, monitoring and evaluation of nutritional actions in PHC; and information systems. These categories were further classified into two blocks: "PHC structuring actions to strengthen nutrition" and "nutrition structuring actions to strengthen PHC."

Conclusions. The recommendations were developed by experienced participants who are familiar with both nutritional and PHC pathways from diverse perspectives, and will be useful for the management and proposition of public policies to strengthen nutritional care in the PHC setting in Brazil.

Keywords

Primary Health Care; nutrition policy; Delphi technique; validation study; Unified Health System; Brazil.

Recomendaciones para el fortalecimiento de la atención nutricional en la atención primaria de salud en Brasil

RESUMEN

Objetivo. Elaborar recomendaciones para el fortalecimiento de la alimentación y la nutrición en la atención primaria de salud (APS) en Brasil a partir del consenso de especialistas.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio con la técnica de Delfos. En total, 172 especialistas en alimentación y nutrición del sistema de APS recibieron una invitación para participar, 116 la aceptaron y 72 intervinieron en la primera ronda. En la segunda ronda hubo 56 participantes de las cinco macrorregiones brasileñas, entre gestores, profesionales de salud, representantes de la sociedad civil e investigadores. Las recomendaciones se formularon mediante un análisis temático de las respuestas a preguntas abiertas sobre obstáculos, estrategias, medidas e iniciativas referentes a cinco aspectos técnicos de la política nacional de alimentación y nutrición (vigilancia alimentaria y nutricional, atención y coordinación del cuidado nutricional, promoción de la salud, intersectorialidad y gestión de las medidas relativas a alimentación y nutrición). En la segunda ronda, los especialistas clasificaron cada punto propuesto según su pertinencia y relevancia para efecto de las recomendaciones.

Resultados. Los especialistas formularon 35 recomendaciones, organizadas en seis categorías: estructura; agenda de alimentación y nutrición en la APS; organización en red y organización de la APS; procesos de trabajo relativos a la alimentación y nutrición en la APS; planificación, monitoreo y evaluación de las medidas relativas a la alimentación y nutrición en la APS; y sistema de información. Las categorías se dividieron en dos grupos: medidas estructurantes de la APS para el fortalecimiento de la alimentación y la nutrición y medidas estructurantes de alimentación y nutrición para el fortalecimiento de la APS.

Conclusiones. Las recomendaciones provinieron de personas expertas que siguen la trayectoria tanto de la alimentación y la nutrición como de la APS desde diferentes puntos de vista, útiles para la gestión y la propuesta de políticas públicas destinadas a fortalecer la alimentación y la nutrición en la APS de Brasil.

Palabras clave

Atención primaria de salud; política nutricional; técnica Delfos; estudio de validación; Sistema Único de Salud; Brasil.

ANEXO B - RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil



Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil



OPAS

120

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Brasília-DF
2022

Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil

© Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, 2022

ISBN: 978-92-75-72642-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22642-1 (versão impressa)

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhada 3.0 IGO de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) endossam uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS e Ministério da Saúde não é autorizada.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS e MS".

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS). A OPAS e o Ministério da Saúde (MS) são responsáveis pelo conteúdo ou rigor desta tradução".

Citação sugerida: Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275726426>.

Dados da catalogação: podem se consultar em <http://iris.paho.org>.

Direitos e licenças: Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros: Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade: As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS e Ministério da Saúde com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS e o Ministério da Saúde, em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS e Ministério da Saúde adotaram todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS e/ou o Ministério da Saúde será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

OPAS/BRA-MS/2022

COORDENAÇÃO GERAL**Ministério da Saúde**

Gisele Ane Bortolini – Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS)

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde

Luisete Moraes Bandeira – Consultora Nacional da Unidade Técnica de Determinantes da Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental da OPAS/OMS no Brasil

ELABORAÇÃO

Ana Laura Brandão – *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)*

Juliana Pereira Casemiro – *Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)*

Erika Cardoso dos Reis – *Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)*

Santuzza Arreguy Silva Vitorino – *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)*

Amanda da Silva Bastos de Oliveira – *Superintendência de Segurança Alimentar e Nutricional – Rio de Janeiro*

REVISÃO – COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Ana Carolina Lucena Pires

Ana Maria Cavalcante de Lima

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Lorena Gonçalves Chaves Medeiros

Milena Serenini Bernardes

Paloma Abelin

COLABORAÇÃO

Monique Louise Cassimiro Inácio

Tamyres Andréa Chagas Valim

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

All Type Art & Design

SUMÁRIO

- 05 APRESENTAÇÃO
- 06 INTRODUÇÃO
- 08 MÉTODO DE ELABORAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES
- 11 RECOMENDAÇÕES
- 15 CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 16 REFERÊNCIAS



As *Recomendações para o Fortalecimento da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil* objetivam apoiar o aprimoramento, a estruturação e a organização da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde no País.

Para sua construção e validação, foram empregados métodos qualitativos e quantitativos, envolvendo um grupo de especialistas e a aplicação da técnica Delphi, em duas rodadas, com especialistas em Alimentação e Nutrição (A&N) e Atenção Primária à Saúde (APS), das cinco diferentes regiões geográficas do País.

Do processo, resultaram 35 recomendações consensuadas como muito relevantes e pertinentes, que estão distribuídas em seis categorias: 1. Estrutura; 2. Agenda de A&N na APS; 3. Organização em rede e Organização da APS; 4. Processos de trabalho de A&N na APS; 5. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N na APS; 6. Sistema de informação.

As Recomendações estão organizadas em dois blocos de acordo com os critérios de governabilidade e responsabilização na execução das ações, denominados 1. "ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N"; 2. "ações estruturantes da A&N no fortalecimento da APS", demonstrando assim o quanto estão relacionadas.

No Brasil, a alimentação é um direito constitucional, reconhecido como determinante e condicionante da saúde, que deve ser assegurado por meio de políticas públicas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2010). A Lei Orgânica da Saúde determina que cabe à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; e inclui a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no rol de Vigilâncias em Saúde. Assim, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), desde 1999 (BRASIL, 1999), estabelece diretrizes para organização das ações de Alimentação e Nutrição (A&N) no SUS, e, desde sua atualização em 2011, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, com vistas à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional.

A atenção nutricional é compreendida como um conjunto de cuidados relativos à A&N 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, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2012a). A prioridade da organização dessas ações deve estar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011) por seu papel estratégico como porta de entrada e coordenação do cuidado em saúde (BRASIL, 2017).

O Brasil vivenciou relevante processo de consolidação e expansão da APS, que tem como principal expressão o avanço da Estratégia de Saúde da Família. Identifica-se, assim, uma grande oportunidade de ampliação das ofertas e acesso integral e oportuno que aponta múltiplos desafios, destacando-se, entre estes, a qualificação do cuidado em alimentação e nutrição à população. No que tange à A&N, cabe destaque o importante histórico de legislações e documentos oficiais publicados nas últimas três décadas, que têm cumprido papel relevante ao apresentar os contornos e responsabilidades relacionados à atenção nutricional no SUS e marcam a prioridade da agenda (BRANDÃO; SILVA; CASEMIRO, 2020).

A população coberta pela APS no Brasil em dezembro de 2020 foi de 76,08% (BRASIL, 2020), sendo que já foi demonstrado que o aumento desta cobertura no País contribuiu para a redução da mortalidade infantil, da desnutrição infantil, de internações por condições sensíveis à APS e das hospitalizações, além de garantir melhores resultados de saúde para a população, com mais equidade e melhor sustentabilidade (BOING *et al.* 2012; AQUINO e BARRETO, 2009; GUANAIS e MACINKO, 2009, RASELLA *et al.*, 2014).

Fica evidente, assim, o quanto a APS é um espaço estratégico para o cuidado em A&N, em função de sua alta capilaridade e maior proximidade dos indivíduos e das famílias em seu contexto social, apontando para o seu potencial de enfrentamento da situação epidemiológica por meio da consolidação de um modelo assistencial baseado nas necessidades locais de saúde da população e na integralidade do cuidado (JAIME *et al.*, 2013).

Aponta-se aqui para a importância da APS para o direcionamento adequado de políticas públicas de saúde na área de A&N, a partir da formulação de recomendações para sua melhoria.

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado no primeiro semestre de 2021, utilizando métodos qualitativos e quantitativos para elaborar e validar, com um grupo de especialistas, recomendações para a estruturação da atenção nutricional na APS.

Para desenvolvimento do consenso, foi utilizada a técnica Delphi, que tem sido amplamente incorporada a diversas áreas do conhecimento, incluindo o setor saúde (ESHER *et al.*, 2012; TASCA *et al.*, 2020) e, especificamente, a alimentação e nutrição (RECINE; MOTOZA, 2013; VITORINO, CRUZ, BARROS, 2017; MIRANDA *et al.*, 2018).

Essa técnica busca o alcance do consenso sobre determinado assunto, possibilitando envolver pesquisadores que trabalham com o tema, gestores que são sujeitos potenciais no processo decisório e, ainda, busca incorporar o ponto de vista de outros atores, como profissionais de saúde e integrantes da sociedade civil organizada. É um processo iterativo e interativo, em que um grupo de especialistas é convidado a emitir sua opinião sobre um tema, de forma individual e anônima (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Foram considerados especialistas em A&N e APS: gestores públicos, profissionais da assistência, professores, pesquisadores e representantes da sociedade civil organizada, de instituições de representação profissional e de instâncias colegiadas. Foram incluídos respondentes das três esferas de governo, das cinco diferentes regiões geográficas do País.

Os respondentes caracterizam-se por serem, na maioria, do sexo feminino (80,3%), identificarem-se no quesito raça/cor como branca (60,5%), terem entre 27-40 anos (40,8%), serem da Região Sudeste (39,7%) e com mestrado (38,2%). As categorias profissionais predominantes foram de nutricionistas (60,5%) e enfermeiros (15,8%).

O locus de maior inserção dos profissionais participantes do questionário aberto para propostas de recomendações para estruturação da atenção nutricional na APS foi a gestão, predominantemente, das ações de alimentação e nutrição das esferas municipal e estadual, com dois a cinco anos de atuação na área. Tais dados estarão disponíveis na íntegra na versão completa do relatório de pesquisa.

A técnica Delphi foi realizada em duas rodadas. A primeira consistiu no envio, por meio de formulário eletrônico, de um instrumento contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e três blocos de questões, que foram respondidas individualmente a partir das experiências de cada respondente. O bloco I consistiu na identificação do respondente; os blocos II e III foram organizados segundo as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o bloco III foi composto por questões abertas sobre obstáculos, estratégias, ações ou iniciativas que possam qualificar a atenção nutricional no Brasil.

As respostas dos 76 participantes a este primeiro instrumento geraram uma planilha que foi descrita, categorizada, analisada e agrupada. A análise dos dados consistiu na construção de categorias de análise, baseada em expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Para Minayo (2007), a categorização se traduz num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Posteriormente, foi realizada a classificação e a agregação dos dados, a partir de categorias, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1977) e, então, foram realizadas inferências e interpretações, relacionando-as com o quadro teórico dos componentes técnicos ou em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

A partir das informações obtidas pela análise das 17 questões abertas foram identificadas e descritas 757 sugestões e 323 obstáculos, que posteriormente foram organizadas em cinco categorias de análise a partir das quais foram agrupadas e sintetizadas em 85 potenciais recomendações.

A segunda rodada consistiu na apresentação dessas 85 potenciais recomendações para qualificar a atenção nutricional brasileira, aos mesmos 76 especialistas que responderam a pri-

meira rodada para serem classificadas quanto à sua pertinência e relevância. Para tanto, os respondentes assinalaram, para cada sentença apresentada, uma das seguintes alternativas: não incluir (0); incluir com prioridade baixa (1); incluir com prioridade média (2); ou incluir com prioridade alta (3). A pontuação final dos itens foi calculada multiplicando-se o número total de respondentes que considerou que o item deveria ser incluído, ou seja, que ele é pertinente, pelo valor dos pontos recebidos. Foram considerados pertinentes os itens que receberam no mínimo 70% da pontuação disponível, a partir da análise da mediana e do intervalo entre o primeiro e o terceiro quartis.

A relevância das recomendações, expressa pela escala da pontuação (1, 2 ou 3) definiu a intensidade da pertinência. Assim, considerou-se <70% como não pertinente nem relevante, 70%-80% pertinente, mas pouco relevante (mediana 2 a 3; intervalo interquartilico maior que 1); 80%-90% pertinente, mas de relevância intermediária (mediana 3; intervalo interquartilico igual ou maior que 1); >90% pertinente e muito relevante (mediana 3; intervalo interquartilico <menor que 1). A atribuição da intensidade da relevância foi importante para a definição de prioridades das Recomendações, fruto desse processo de construção e reflexão coletiva.

Foram consensuadas como muito relevantes, pelos 54 especialistas que responderam ao segundo instrumento, 35 recomendações distribuídas em seis categorias: 1. Estrutura; 2. Agenda de A&N na APS; 3. Organização em rede e Organização da APS; 4. Processos de trabalho de A&N na APS; 5. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N na APS; 6. Sistema de informação.

As Recomendações foram organizadas em dois blocos, de acordo com os critérios de governabilidade e responsabilização na execução das ações, ora denominados “ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N”, ora “ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS”, demonstrando assim o quanto estão relacionadas.

Em observância aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016, a qual orienta condutas éticas para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2016), o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz, sob o número CAAE:42075221.0.0000.5240 e número de parecer 4.527.059.

Categorias		Blocos			
		Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS		
Estrutura	Força de trabalho	Provimento /composição de profissionais para ações de A&N na APS	1	Adequar a quantidade de equipes de saúde da família a fim de garantir a cobertura suficiente e a consolidação da APS com ênfase em seus atributos	
			2	Adequar a quantidade de equipes multiprofissionais e a contratação de nutricionistas para compor as equipes NASF-AP de acordo com demandas e necessidades locais	
			3	Promover estratégias de fixação e valorização de recursos humanos na APS	
	Educação e formação profissional	4		Investir em processos de educação permanente em temas de A&N para profissionais da assistência e da gestão nas três esferas de governo e com garantia de agenda protegida	
		5		Temas de educação em saúde que devem ser priorizados: Atenção e cuidado nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Promoção à saúde; Direito humano à alimentação adequada; Segurança alimentar e nutricional	
		6	Incentivar, junto ao Ministério da Educação, a perspectiva multidisciplinar e multiprofissional na formação de profissionais de saúde, reforçando a atuação com indivíduos, famílias, comunidades e equipamentos sociais presentes nos territórios		

RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÕES

Categorias			Blocos	
			Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS
Estrutura	Recursos físicos e materiais	7	Garantir disponibilidade e manutenção periódica de equipamentos em quantidade suficiente para realização das ações de A&N e o atendimento dos usuários, considerando todas as suas necessidades	
		8	Investir na disponibilidade de computadores e rede de internet em quantidade suficiente às ações nas UBS	
	Recursos financeiros	9	Garantir o financiamento adequado do SUS com ampliação dos recursos para a APS	
		10		Ampliar o financiamento e garantir a equidade na alocação dos recursos para as ações de A&N
Agenda de A&N na APS		11		Fortalecer a agenda de A&N em todas as esferas de governo
		12		Fomentar a elaboração de Políticas estaduais e municipais de alimentação e nutrição
		13		Ampliar articulação entre as Políticas de Promoção à Saúde (estaduais e municipais) e as ações de A&N
		14		Fortalecer a A&N em conselhos, setoriais e intersetoriais, nas três esferas de governo para planejamento e monitoramento das ações
Organização em rede e Organização da APS		15		Reforçar as ações de A&N na Rede de Atenção à Saúde (RAS) na perspectiva de construção de linhas de cuidado
		16		Reforçar a atuação da APS no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de iniciativas e políticas intersetoriais relacionadas à A&N (exemplo: Segurança Alimentar e Nutricional, Promoção à Saúde, promoção de atividade física, Programa Saúde na Escola, Programa Bolsa Família)

Categorias		Blocos	
		Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS
Organização em rede e Organização da APS	17		Promover a atuação conjunta entre a gestão e a assistência para o planejamento e a organização das ações de A&N com base nas informações produzidas pelas equipes de APS
	18		Estimular aproximação entre os poderes, executivo e legislativo, para construção de leis e decretos que favoreçam a implementação das ações de A&N em uma perspectiva intersetorial (exemplos: legislação de regulamentação de venda de alimentos em escolas, leis relacionadas à tributação de alimentos não saudáveis e acesso à alimentos saudáveis/provenientes da agricultura familiar)
Processos de trabalho de A&N na APS	19		Reorientar os processos de trabalho em A&N em consonância com os atributos da APS
	20	Implementar processos de trabalho que possibilitem espaço-tempo qualificado para ações de promoção à saúde e da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), fortalecendo o enfoque comunitário e territorial da APS de forma sustentável	
	21		Incentivar estratégias de cuidado em A&N na APS, centradas na pessoa, nas famílias e na comunidade, a partir da eNASF-AP – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
	22	Implantar os protocolos da VAN como parte da rotina dos serviços das equipes da ESF para todas as fases do ciclo de vida	
	23		Incentivar a organização dos serviços para registro dos dados de consumo alimentar e antropométricos nos Sistemas de Informação em Saúde

RECOMENDAÇÕES

Categorias	Blocos	
	Ações estruturantes da APS para o fortalecimento da A&N	Ações estruturantes da A&N para o fortalecimento da APS
Processos de trabalho de A&N na APS	24	Ampliar a análise local e a disseminação dos dados de VAN da população do território para as equipes da APS desenvolverem as ações de A&N
	25	Implementar ferramentas e instrumentos para a realização de diagnóstico e o mapeamento dos territórios em relação ao consumo alimentar, estado nutricional e agravos nutricionais mais prevalentes e segurança alimentar e nutricional (SAN)
Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de A&N na APS	26	Fomentar a realização de pesquisas e disponibilização de informações acerca da situação de vida e de saúde da população.
	27	Fortalecer o planejamento participativo em A&N na APS
	28	Incluir metas e indicadores relacionados à A&N no rol de indicadores do Previnde Brasil
	29	Ofertar apoio institucional para potencializar o trabalho das equipes de APS na execução das ações de A&N
	30	Promover o planejamento intersetorial de ações relacionadas aos determinantes sociais do consumo alimentar e do estado nutricional e de SAN da população
Sistema de informação	31	Implantar sistemas de informação em saúde integrados que se comuniquem e sejam acessíveis em todos os pontos da RAS
	32	Ajustar os sistemas de informação com regras de registro que garantam a qualidade e migração dos dados (exemplo: reconhecer dados incorretos/inconsistentes de CNS, NIS, CPF do usuário)
	33	Aprimorar e fomentar a interface da geração de relatórios dos SIS (SISVAN e e-SUS) que permitam o planejamento das ações de A&N para as equipes e a coordenação da APS e da gestão municipal de saúde
	34	Aprimorar e fomentar que os prontuários eletrônicos tenham a inserção da classificação do estado nutricional de acordo com os parâmetros do SISVAN
	35	Assegurar a qualidade e a integridade da migração/interoperabilidade dos dados de A&N

A análise do conjunto das recomendações sugere que as políticas públicas de A&N encontram-se em momento que afirma e revisita demandas históricas – como o fortalecimento da agenda e de políticas de A&N nas três esferas de governo, a valorização/qualificação do registro e usos da VAN e o zelo pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) – ao mesmo tempo em que aponta questões emergentes e desafios para o futuro – com destaque para aspectos da gestão como reforço das articulações intra e intersetoriais e a urgência na reversão de cenários de alimentação e nutrição que se configuram como prioridades em saúde pública (como o avanço da obesidade e outras doenças crônicas decorrentes da má nutrição). Ainda nessa perspectiva, merece destaque a identificação de recomendações que reafirmam a necessidade da presença e valorização do profissional nutricionista nas ações de A&N; contudo, nas recomendações consensuadas fica evidente a opção pela priorização da defesa de um modelo de APS pautado no reforço da Estratégia de Saúde da Família, incluindo a perspectiva de atuação multiprofissional e o compromisso com a análise das demandas e necessidades locais. Sendo assim, a defesa pela coordenação articulada em prol da atuação intersetorial, transdisciplinar e multiprofissional da A&N na APS sai fortalecida, em detrimento de perspectivas mais corporativas assumidas em momentos históricos mais remotos.

1. AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
2. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
3. BOING, A. F.; VICENZI, R. B.; MAGAJEWSKI, F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública**. 2012; 46: 359-366
4. BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde Debate**, v. 44, n. 126, p. 678-693, 2020
5. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988
6. BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a 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, Seção 1, 20 set. 1990
7. BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 4 fev. 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
11. BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. Seção: 1, 22 Set. 2017.

12. ESHER, A *et al.* Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 203-214, 2012.
13. GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **The Journal of ambulatory care management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.
14. JAIME, P. C. *et al.* "Brazilian obesity prevention and control initiatives". **Obesity Reviews**, v. 14, n. s2, pp. 88-95, 2013.
15. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.
16. MIRANDA, W.D. DE *et al.* Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49560>>. Acesso em: 11 jan. 2021.
17. RASELLA, D.; HARHAY, M.O.; PAMPONET, M.L.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**. v. 349, 2014.
18. RECINE, E.; MORTOZA, A. S. **Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva**. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição, 2013. 64p.
19. TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.
20. VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00014217, 2017.
21. WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. DELPHI – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. abr./jun 2000, p. 54-65, 2000.

