

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

ALLINE LAM ORUÉ

**GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE
2023

ALLINE LAM ORUÉ

**GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Metabolismo e Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rodrigues Macedo.

Coorientadora: Profa. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti.

CAMPO GRANDE
2023



Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos trinta dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e três, às treze horas e trinta minutos, na Videoconferência (à distância), da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Maria Lígia Rodrigues Macedo (UFMS), Caroline Camila Moreira (UFGD), Erika Cardoso dos Reis (UFOP), Karine de Cassia Freitas Gielow (UFMS) e Veronica Gronau Luz (UFGD), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **ALLINE LAM ORUÉ**, CPF 00592469107, Área de concentração em Tecnologia e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA MANEJO DA OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL**" e orientação de Maria Lígia Rodrigues Macedo. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Maria Lígia Rodrigues Macedo (Interno)		Aprovação com Revisão
Dra. Caroline Camila Moreira (Externo)		Aprovação com Revisão
Dra. Erika Cardoso dos Reis (Externo)		Aprovação com Revisão
Dra. Karine de Cassia Freitas Gielow (Interno)		Aprovação com Revisão
Dra. Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva (Externo) (Suplente)	_____	_____
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno) (Suplente)	_____	_____
Dra. Veronica Gronau Luz (Externo)		Aprovação com Revisão

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

- 1) Rever os objetivos para que se apliquem mais à análise das características de municípios com e sem área técnica de alimentação e nutrição e tirar a questão da obesidade para que fique mais claro;
- 2) Rever o sumário do documento segundo normas do programa, conforme apontamentos dos demais membros da banca para que reflita a sequência do referencial teórico;
- 3) Reescrever a introdução resumando os pontos-chave do referencial teórico, culminando com a justificativa, relevância, originalidade, contribuição teórica e prática do estudo;
- 4) Reorganizar e aprofundar o referencial teórico, incluindo um item sobre árvores de decisão em políticas públicas/ aplicação em saúde, incluindo discussão das diretrizes da PNAN, e textos clássicos relativos à mesma;
- 5) Incluir na seção de métodos detalhamento sobre o processo de concepção das árvores de decisão (concebida para ser uma figura), e detalhamento das variáveis coletadas;
- 6) Explorar melhor os resultados não significativos baseados em experiências e outras publicações para discuti-los;
- 7) Na seção de discussão, aprofundá-la com mais referências pertinentes ao tema, ou com temáticas próximas.
- 8) Criar uma sessão separada para apresentação do contexto da tese (colocar em apêndice);
- 9) Proteger dados sensíveis a LGDP;
- 10) Retirar dos apêndices publicações não oriundas da tese, mas que estão vinculadas ao projeto guarda-chuva, deixando apenas links dos materiais que foram produzidos em colaboração com demais pesquisadores durante o período do doutorado;
- 11) Deixar nos apêndices o relatório destinado a CIB (produção técnica coordenada pela aluna, em coleta de dados e escrita de resultados) e o artigo publicado com metade dos resultados da tese na Revista de Ciência e Saúde Coletiva.
- 12) Modificar o Título do trabalho para : "GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL"

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

Às pessoas neurodivergentes, como lembrete de que devemos ter fé em nós mesmos.

Aos nossos apoiadores, entre profissionais, familiares, parceiros, amigos e animais de estimação, por nos amparar no decorrer de toda a caminhada em busca de nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Maria Lígia Rodrigues Macedo pela oportunidade e confiança ao me acolher como sua orientanda e me abrir as portas do grupo de pesquisa do Laboratório de Purificação de Proteínas e suas Funções Biológicas (LPPFB), por ela coordenado, para a criação de novas pesquisas de interesse do grupo, de modo a expandir sua temática e seu escopo. Por me incentivar a seguir carreira acadêmica como docente, exaltar minha boa dicção e comunicação, de forma que nem imagina o quanto eu precisava ouvir tão doces palavras, para reconhecer meu próprio esforço e não desistir desse sonho.

À professora doutora Camila Medeiros da Silva Mazzeti pela coragem de criar e coordenar uma proposta tão grande quanto a Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica no estado do Mato Grosso do Sul (Rede ECO-AB), pela oportunidade e confiança ao me incluir nesta aventura como bolsista e seu braço direito (ou um de seus vários braços), o que me rendeu muito aprendizado e aprimoramento da comunicação, além de me coorientar em meio a suas inúmeras atribuições, responsabilidades e preocupações, e ainda zelar pela minha segurança e bem-estar quando estive em perigo e não sabia o que fazer.

Ao grupo de pesquisa do Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA), coordenado pela professora doutora Bruna Paola Murino Rafacho (cuja prestatividade e fluência na língua inglesa ajudou significativamente na tradução do primeiro artigo proveniente desta tese, aceito em uma ótima revista) e do qual fazem parte minha orientadora e coorientadora, supracitadas, e alunos de graduação, mestrado e doutorado, como a nutricionista Cláudia Cristina Vieira Gonçalves Pastorello (que além de super inteligente e paciente, sempre se mostrou muito solícita quando precisei de esclarecimentos sobre análises estatísticas, sendo fundamental na construção de algoritmos de árvore de decisão). Bem como pela oportunidade de participar de pesquisas adjacentes à minha, receber apoio em meu estudo e trabalhar com dois de meus melhores amigos: o nutricionista Henrique Bello e a nutricionista mestra Karine Domingos de Araújo, aos quais agradecerei propriamente mais adiante.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, representado por: seu atual coordenador, o professor doutor Valter Aragão do Nascimento; sua coordenadora anterior, a professora doutora Alexandra Maria Almeida Carvalho; os membros do colegiado; representante discente e doutoranda Eliza Miranda Ramos e seu antecessor, o representante discente e doutor Michel Canuto de Sena, ambos bastante prestativos; a comissão de bolsa presidida pela professora doutora Rita de Cássia Avellaneda Guimarães, sempre muito querida; os professores das disciplinas que cursei e/ou com os quais sanei dúvidas, além de

minha própria orientadora; os alunos com quem dividi turma, experiências, desabafos e trabalhos em grupo, principalmente minha amiga dos tempos de mestrado, a psicóloga mestra Cíntia Juliana da Silva Bettio, que aceitou enfrentar o processo seletivo do doutorado comigo, com apoio mútuo, mas precisou desistir no segundo semestre do curso; a secretária que tantas vezes me norteou, em especial o solícito mestre Ademir da Silva Alves Júnior, que foi muito paciente comigo.

À banca examinadora de qualificação, representada pelas professoras doutoras Maria Ligia Rodrigues Macedo - UFMS (Orientadora/Membro Presidente), Ariene Silva do Carmo - DEPROS/CGAN (Membro Externo à Instituição) e Kelly Poliany de Souza Alves - ACT/Brasil (Membro Externo à Instituição), por aceitarem participar da mesma, por meio de conexão remota, contribuindo para o aprimoramento desta tese. Além da professora doutora Bruna Paola Murino Rafacho - UFMS (Suplente Externo ao Programa de Pós-Graduação [PPG]), que aceitou o convite; da professora doutora Camila Medeiros da Silva Mazzeti que me apoiou presencialmente enquanto coorientadora, mesmo sem poder compor a banca devido a normas do PPG; dos meus amigos nutricionista Henrique Bello e nutricionista mestra Karine Domingos de Araújo que também me apoiaram presencialmente; e da enfermeira especialista Carolina da Silva Marcolino, minha orientanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Sesau/Fiocruz) na época, que me apoiou por conexão remota.

À banca examinadora de defesa, representada pelas professoras doutoras Maria Lígia Rodrigues Macedo - UFMS (Orientadora/Membro Presidente), Karine Freitas Gielow - UFMS (Membro interno ao PPG), Verônica Gronau Luz – UFGD (Membro Externo à Instituição), Erika Cardoso dos Reis – UFOP (Membro Externo à Instituição), Caroline Camila Moreira - UFGD (Membro Externo à Instituição), por aceitarem participar da mesma, por meio de conexão remota, para avaliar e apontar sugestões de melhorias na tese. A professora doutora Sônia Maria Oliveira de Andrade - UFMS (Suplente interno ao PPG), que enviou suas contribuições via e-mail e a professora doutora Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva - UFMS (Suplente Externo ao PPG), que aceitou o convite.

À psicóloga mestra Juliana Sonogo Goulart que me atendeu nos três encontros por conexão remota disponibilizados gratuitamente pela UFMS, atendimento este que, apesar de temporário, me guiou quando estava totalmente perdida e me ajudou a entender que não é errado ser incapaz de segurar o choro, mas que devo tentar entender o motivo das lágrimas.

À equipe de auriculoterapia do professor doutor Nathan Aratani que me atendeu na Clínica Escola Integrada da UFMS, incluindo o professor e suas alunas (da enfermagem e da odontologia) que ajudaram a aliviar um pouco a ansiedade, o bruxismo, entre outros problemas

que iam surgindo conforme os meses se passavam, sempre com muita atenção e dedicação aos seus usuários.

À professora doutora Flavia Maria Leme que me ajudou infinitamente por meio das aulas de yoga e do projeto de extensão Conexão e bem-estar por meio do Yoga - Jardim Canguru, além de ser o elo entre a UFMS e o Instituto Visão Futuro (representado maravilhosamente pela monja antropóloga e psicóloga doutora Susan Andrews) que me permitiu participar do Programa Calma na Crise e do curso de biopsicologia nível 1, junto às amigas que fiz nestes e que também foram de grande apoio à minha saúde mental: Aline Arce Lino, Bruna Thais da Rocha Paes e Carolina Trindade Ferreira (que até me fez um amigurumi de polvo, por saber que é o animal que mais admiro).

À psiquiatra Silvana Regina Konradt que me atendeu com toda a atenção e com base na medicina integrativa desde antes da primeira consulta, que por sinal durou mais de três horas (incluindo entrevista com minha mãe, meu namorado e eu) e me impressionou logo de cara. Depois de algumas sessões, testes e exames, também foi a responsável por me diagnosticar com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível 1 de suporte (o que me levou a muita reflexão, pesquisa e autocompreensão), além de identificar duas comorbidades: depressão e ansiedade, para as quais receitou o tratamento medicamentoso e psicológico que vêm me ajudando bastante desde então.

À psicóloga e neuropsicopedagoga Vanessa Auxiliadora Amaral Alves que, notando a necessidade, deu um jeito de me atender todas as semanas em duas consultas seguidas, sendo sempre muito querida, compreensiva e acolhedora; realizando testes e atividades terapêuticas; fornecendo todo o suporte possível, inclusive com dicas de autocuidado e indicação de outros profissionais quando comentei de certas demandas; me esclarecendo muitas dúvidas, me auxiliando nesta nova e longa caminhada de autoconhecimento e reconhecimento, autoaceitação, amor-próprio e autoacolhimento, sem soltar da minha mão, mesmo durante sua licença maternidade (beijo pro Bento), especialmente quando me passou orientações por whatsapp sobre como lidar com as crises decorrentes do luto. Além disso, minha incrível psicóloga Vanessa Auxiliadora Amaral Alves e seu prestativo marido me socorreram quando precisei de uma cópia do meu laudo de TEA e não estava autorizada a sair do local para buscá-lo, me ajudando na prática durante uma situação de ansiedade extrema.

Ao meu namorado engenheiro da computação e investigador de polícia judiciária Luiz Henrique Nihues que me apoiou desde o mestrado, acompanhou toda a construção do sonho de ser professora com total fé na minha capacidade (mais do que eu mesma), tanto que foi quem me apresentou o edital de processo seletivo para professor substituto na UFMS, que resultou na

minha primeira experiência docente e me levou a almejar o doutorado. Ouso dizer, então, que se não fosse por ele, eu não teria feito este curso e esta tese não existiria. E o apoio não parou por aí, esteve ao meu lado durante cada momento, mesmo se a ocasião era de empolgação exaltada, “ataque de fofura”, explosão de tristeza e/ou raiva, respeitando cada crise, sem nem entender o porquê de eu ser tão “sensível” ou “diferente” antes do diagnóstico de TEA, processo do qual também fez parte, com muita compreensão e maturidade, me deixando o mais segura e confortável possível. Cuidou de mim em cada um dos muitos problemas de saúde que apresentei durante os anos do doutorado, inclusive nas cirurgias e recuperações que enfrentei, além de ter zelado inúmeras vezes pela minha segurança (e de nossa casa).

À minha família, representada pela minha mãe, funcionária pública federal aposentada Anna Luiza Lam Orué, meu pai, micro empresário e economista Nicanor Luis Orué, minha irmã, bióloga e professora Sarah Lam Orué, e minha prima/irmã afetiva, professora mestra Gabriela Regina Vasques Oruê, que me deram toda a estrutura e/ou incentivo educacional necessário para que eu chegasse até aqui, finalizando este doutorado e apaixonada pela docência.

À minha amiga e irmã afetiva nutricionista mestra Karine Domingos de Araújo que participou comigo da construção da Rede ECO-AB, da coleta de dados, do treinamento e respectivo desenvolvimento de materiais didáticos, entre tantas outras atribuições que dividimos dentro e fora da Rede ECO-AB/OCCA, com apoio mútuo, inclusive quando dividimos uma disciplina como professoras voluntárias corresponsáveis pela mesma. E, a nível pessoal, é até engraçado lembrar que, quando ainda só nos conhecíamos de longe, por ouvir falar e ver pelos corredores da UFMS, já tínhamos admiração uma pela outra (eu por sua inteligência e seus trabalhos impecáveis, Karine por minha autenticidade e coragem de me expressar). Mal sabíamos que faltava apenas a oportunidade de conversar para que a amizade crescesse a passos largos, com trocas profundas sobre nossas histórias de vida, estado de saúde mental durante a pós-graduação e perspectivas para o futuro. Sua simples presença já revigora minhas energias, e ainda assim se empenha em me ajudar de todas as outras maneiras possíveis, por essas e outras que atualmente é minha melhor amiga e praticamente irmã siamesa, já que compartilhamos alguns neurônios. Além de todo o apoio para a conclusão desta tese.

À minha amiga e cunhada afetiva enfermeira Rayla Amona de Matos Alencar, que se esforçou para superar uma doença grave e a cada melhora me dava uma nova injeção de ânimo para continuar a escrita desta tese e, especificamente no dia em que finalizo estes agradecimentos, dia 28 de fevereiro de 2023, obtive alta hospitalar e me encheu de alegria.

Além de ter preparado algumas refeições para mim, para que eu não precisasse me preocupar com nada além da tese na reta final.

Ao meu amigo nutricionista Henrique Bello que participou comigo da construção da Rede ECO-AB, da coleta de dados, do treinamento e respectivo desenvolvimento de materiais didáticos, entre tantas outras atribuições que dividimos dentro e fora da Rede ECO-AB/ OCCA, com apoio mútuo. E, a nível pessoal, tornou-se um grande amigo desde o primeiro semestre em que nos conhecemos e nunca esquecerei que prontamente se dispôs a me acolher e fazer companhia durante a primeira e mais intensa crise desencadeada pelo luto que já tive na vida, fazendo total diferença em minha recuperação e retorno à escrita da tese. Além de todo o apoio para a conclusão desta.

Aos meus amigos Alice Barbosa, biotecnóloga Beatriz Azevedo Lopes (*in memoriam*), professor Esdras Castiliano, Matheus de Souza Silva, Pedro Henrique Braga e Vitor Clavijo Almeida, por todos os momentos de descontração e/ou desabafo que compartilhamos e me ajudaram a reduzir o nível de ansiedade desde o auge da pandemia, o que me deu resistência e resiliência para continuar cursando o doutorado mesmo frente a tantas crises e dificuldades.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (Processo nº 439696/2018-6).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

A atenção nutricional, bem como sua gestão, deve apresentar organização coerente com as singularidades do território e com o previsto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de modo a ter suas estratégias de atuação bem embasadas, e delineadas a partir da análise dos dados de vigilância alimentar e nutricional, para identificar as demandas que requerem mais atenção e estratégias para enfrentamento dos problemas. No Brasil e, principalmente, no Mato Grosso do Sul, o caso considerado mais urgente corresponde à obesidade, com prevalências, número de óbitos e custos preocupantes. Em virtude disso, o objetivo deste estudo foi analisar a organização da gestão da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso do Sul. Para tanto, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e foi realizada pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem quantitativa e com base em dados primários, coletados com auxílio de questionário online sobre diagnóstico da organização da gestão das ações de alimentação e nutrição, cujos responsáveis pela área de alimentação e nutrição de todos os 79 municípios do estado preencheram, após aceitarem participar do estudo, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações provenientes do universo amostral foram analisadas por meio de frequência relativa e absoluta, média e dispersão, com auxílio do software R Studio 1.4.1717®. Para comparação entre grupos conduziu-se o teste de qui-quadrado com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Para análise de influência foi performado algoritmo de árvore de decisão pelo pacote rpart do software. Em linhas gerais, foi possível notar que municípios com área técnica e responsável técnico formalizados apresentavam vantagens organizativas sobre os demais municípios, de modo que a mostra-se acertada a decisão de instituir ambos nas secretarias municipais de saúde. Destaca-se que estes dados podem subsidiar tomadas de decisão no estado, mas que para extrapolar a nível nacional, são necessários estudos semelhantes nos demais estados e consolidação.

Descritores: políticas, planejamento e administração em saúde; política nutricional; obesidade; gestão em saúde; gestor de saúde.

ABSTRACT

Nutritional care, as well as its management, must present an organization consistent with the singularities of the territory and with the provisions of the National Food and Nutrition Policy, in order to have its action strategies well grounded, and outlined from the analysis of data from food and nutrition surveillance, to identify the demands that require more attention and strategies to face the problems. In Brazil and, mainly, in Mato Grosso do Sul, the case considered most urgent corresponds to obesity, with worrying prevalence, number of deaths and costs. As a result, the objective of this study was to analyze the organization of nutritional care management in Primary Health Care in the state of Mato Grosso do Sul. To this end, the project was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul and a descriptive-exploratory research was carried out, with a quantitative approach and based on primary data collected with the help of an online questionnaire on the diagnosis of the organization of the management of food and nutrition actions, which those responsible for the food and nutrition area of all the 79 municipalities in the state filled out, after accepting to participate in the study, through a Term of Free and Informed Consent. Information from the sample universe was analyzed using relative and absolute frequency, mean and dispersion, with the aid of R Studio 1.4.1717® software. For comparison between groups, the chi-square test was conducted with a significance level of 5% ($p \leq 0.05$). For influence analysis, a decision tree algorithm was performed using the software's rpart package. In general terms, it was possible to notice that municipalities with a formalized technical area and technical manager had organizational advantages over the other municipalities, so that the decision to establish both in the municipal health secretariats was right. It is noteworthy that these data can support decision-making in the state, but that to extrapolate to a national level, similar studies are needed in other states and consolidation.

Descriptors: health policy, planning and management; nutrition policy; obesity; health management; health manager.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas do ciclo de políticas públicas.	34
Figura 2 – Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição após primeira atualização.	54
Figura 3 – Árvore de decisão para análise da probabilidade de presença/ausência de um gestor formalmente indicado para ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020.	89
Figura 4 – Árvore de decisão para análise da probabilidade de existir Área Técnica de Alimentação e Nutrição instituída no organograma das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020.	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Excesso de peso em adultos, Brasil, 2022.	28
Quadro 2 – Excesso de peso em Mato Grosso do Sul, 2021.	30
Quadro 3 – Artigos científicos sobre obesidade a partir de dados de Mato Grosso do Sul.	31
Quadro 4 – Atribuições dos componentes da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.	45
Quadro 5 – Estratégias do Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis aplicáveis à obesidade, por eixo.	48
Quadro 6 – Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal.	55
Quadro 7 – Divisão por porte populacional dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2023.	64
Quadro 8 – Variáveis utilizadas no algoritmo de Árvore de Decisão para a questão norteadora sobre “Responsável Técnico”, Mato Grosso do Sul, 2022.	69
Quadro 9 – Variáveis utilizadas no algoritmo de Árvore de Decisão para a questão norteadora sobre “Área Técnica de Alimentação e Nutrição”, Mato Grosso do Sul, 2022.	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos gestores e das áreas de alimentação e nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	82
Tabela 2 – Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	84
Tabela 3 – Caracterização da gestão financeira/orçamentária da área de alimentação e nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	85
Tabela 4 – Temas da área de Alimentação e Nutrição para os quais foram alocados recursos financeiros no último ano, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	87
Tabela 5 – Canais de orientação e apoio para área de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	90
Tabela 6 – Autonomia e monitoramento de ações pelos gestores da área de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	92
Tabela 7 – Articulações da área de alimentação e nutrição com outros setores públicos ou privados, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	93
Tabela 8 – Educação permanente e continuada em temas da área de alimentação e nutrição, aos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde dos municípios, 2020	95
Tabela 9 – Percepção dos gestores em saúde sobre a formação dos gestores e dos profissionais de saúde, para contribuir nas temáticas relativas à alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020	96

LISTA DE ABREVIATURAS

Capex	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Consea	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
Covid-19	<i>Corona Virus Disease</i> - 2019 / Doença do Coronavírus - 2019
Facfan	Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição
Sesau	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
Sisan	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
Sunab	Superintendência Nacional de Abastecimento
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DF	Distrito Federal
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
eAB	equipes de Atenção Básica
EaD	Educação à Distância
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ECO-AB	Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAN	Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição
GEAN	Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição
IA	Inteligência Artificial
IES	Instituições de Educação Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LCSO	Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
ML	<i>Machine Learning</i> / Aprendizado de Máquina

MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
OCCA	Observatório de Condições Crônicas e Alimentação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Plano Anual de Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PPA	Plano Plurianual
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PR	Paraná
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Responsável Técnico
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TMB	Taxa Metabólica Basal
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	A má nutrição	25
2.1.1	<u>Os sistemas alimentares atuais no Brasil</u>	26
2.1.2	<u>Obesidade</u>	27
2.2	O Sistema Único de Saúde e as Políticas Públicas	32
2.2.1	<u>Implementação de políticas públicas</u>	35
2.2.2	<u>Avaliação de políticas públicas</u>	37
2.2.3	<u>Tomada de decisão baseada em evidência</u>	38
2.2.4	<u>Árvore de decisão</u>	40
2.3	A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	41
2.3.1	<u>Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade</u>	44
2.3.2	<u>Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis</u>	46
2.4	A Política Nacional de Atenção Básica	49
2.5	A Política Nacional de Alimentação e Nutrição	50
2.5.1	<u>Organização da Atenção Nutricional e Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição</u>	54
2.5.2	<u>Vigilância Alimentar e Nutricional</u>	56
2.5.3	<u>Qualificação da Força de Trabalho</u>	57
2.5.4	<u>Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição</u>	57
2.6	Das Chamadas Públicas ao grupo de pesquisa	58
3	OBJETIVOS	62
3.1	Objetivo geral	62
3.2	Objetivos específicos	62
4	METODOLOGIA	63
4.1	Aspectos éticos	63
4.2	Tipo e local da pesquisa	63
4.3	Participantes da pesquisa	65
4.4	Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	66
4.5	Tabulação e análise dos dados	67
5	RESULTADOS	81

5.1	Gestores, governança e documentos norteadores	81
5.2	Gestão financeira/orçamentária	85
5.3	Existência de responsabilidade técnica	88
5.4	Área técnica no processo de trabalho	89
6	DISCUSSÃO	101
7	CONCLUSÃO	114
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO (NO PRELO)	125
	APÊNDICE B - RELATÓRIO ESTADUAL DE GESTÃO	140
	APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DA TESE	227
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO	234
	ANEXO B – RELAÇÃO DE VARIÁVEIS DO ESTUDO	280
	ANEXO C – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM RECURSO EM CONTA	311

1 INTRODUÇÃO

Países de todo o mundo vêm enfrentando uma múltipla carga de má nutrição, composta pela prevalência de desnutrição, em lento declínio; de obesidade, em acelerado crescimento; e de deficiências de micronutrientes. Somando-se esta condição às mudanças climáticas, que afetam a agricultura e, por consequência, a produção e o acesso a alimentos, tem-se a Sindemia Global (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020; SWINBURN *et al.*, 2019).

Esta Sindemia é potencializada pelo sistema alimentar atual, pois quando o acesso a alimentos é prejudicado, os produtos alimentícios ultraprocessados são enganosamente inseridos como substitutos, que são pobres em nutrientes e ricos em gorduras, sódio e açúcares adicionados. Desta forma, abala-se duplamente a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), mantêm presentes os casos de desnutrição e deficiências nutricionais e, ainda, potencializa o excesso de peso (BRASIL, 2014; SWINBURN *et al.*, 2019).

O Brasil faz parte das nações atingidas pelo contexto supracitado, de forma que a prevenção e o manejo da obesidade e de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem as maiores demandas relativas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2017a).

A exemplo dos dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), os quais estimam que, em 2021, segundo a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), 57,2% dos brasileiros apresentaram sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) e 22,4% obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Ou seja, considerando a população maior de 18 anos de idade, nas capitais brasileiras, quase 80% estavam com excesso de peso (BRASIL, 2022).

Além disso, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), as DCNT representaram a principal causa de óbito precoce (entre indivíduos de 30 a 69 anos de idade) em 2019. Ano no qual os custos com internações por DCNT no Brasil chegou a 8,8 bilhões de reais (BRASIL, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizado em forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com atuação colaborativa e equipes multidisciplinares, de modo transversal às demais políticas públicas. Os fluxos das redes devem ser coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), que consiste na porta de entrada para o SUS; contar com sistemas de apoio; sistemas logísticos; atenção ambulatorial e atenção hospitalar de média e alta complexidade; e sistema de gestão (BRASIL, 2010, 2013, 2014a).

Logo, uma das propostas brasileiras de implementação das RAS consiste no cuidado contínuo aos usuários com DCNT. Isto posto, faz-se primordial delinear e organizar a Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas locais e regionais, tanto na APS e na Atenção Especializada de média e alta complexidade, quanto nos sistemas de apoio (BRASIL, 2017a).

Esta Rede deve prover assistência integral aos usuários, instigar mudanças nos padrões de cuidados à saúde, como a qualificação dos profissionais de saúde, e a criação e implementação de estratégias para a autonomia e o autocuidado da população. Por meio de estratégias articuladas e intersetoriais, com vistas a garantir o cuidado integral e resolutivo aos usuários, como ocorre no caso das linhas de cuidado (BRASIL, 2017a, 2021).

Por intermédio das Portarias n.º 424 e n.º 425, de 19 de março de 2013, ficou destacado que a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento integral e longitudinal do excesso de peso, inclusive o cirúrgico para casos mais graves, devem compor uma linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013a, 2013b, 2014b).

Na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), a APS deve ser a ordenadora e coordenadora do cuidado, além de porta de entrada para o SUS, provendo acolhimento, vigilância alimentar e nutricional (VAN), apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional, ações articuladas, interdisciplinares e transdisciplinares de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso. A APS deve ser complementada pela Atenção Especializada, a nível ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência; e pelos Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos, como assistência farmacêutica e transporte sanitário para as pessoas obesas (BRASIL, 2013a).

Em consonância à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e à LCSO, a atenção nutricional deve se pautar na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na qual está determinado que as ações de alimentação e nutrição, tanto em âmbito individual quanto coletivo (famílias e comunidades), devem considerar as fases dos ciclos de vida do público às quais se destinam, as singularidades desses sujeitos e os contextos aos quais estão expostos. Bem como as especificidades de povos e comunidades tradicionais, se for o caso (BRASIL, 2013c).

Além disso, devem ser realizadas congruente e articuladamente às ações de outras áreas da saúde no SUS, orientadas de modo que contemplem a promoção e proteção da saúde dos usuários, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças e agravos. Para, assim, constituir uma rede de atenção integrada, humanizada e resolutiva com outros serviços de saúde e equipamentos de apoio (BRASIL, 2013c).

Com o intuito de alcançar todas estas definições, a PNAN apresenta nove diretrizes, entre as quais estão a Organização da Atenção Nutricional, a VAN, a Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, a Qualificação da Força de Trabalho e a Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013c).

A organização da atenção estrutura e rege todas as demais diretrizes, enquanto cabe à gestão das ações a proporcionar condições favoráveis à elaboração de estratégias factíveis e efetivas no tocante à implantação, implementação e monitoramento de suas ações de alimentação e nutrição, processos, procedimentos e fluxos de gestão (BRASIL, 2013c).

Como a atenção nutricional deve estar incluída no cuidado integral aos usuários no âmbito da RAS, o processo de organização e gestão desta assistência deve começar pela VAN, por meio da identificação do estado nutricional e consumo alimentar dos usuários, famílias e comunidades adscritos às equipes e unidades da APS. Pois atrelando-se a VAN à gestão, melhora-se a efetividade da organização da área de alimentação e nutrição, já que é possível converter tais informações em referencial indicativo de demandas urgentes, passíveis de priorização por parte da gestão (BRASIL, 2013c).

Mas, para que os servidores sejam capazes de lidar com implementação de políticas, programas e ações, entreguem um serviço de boa qualidade e as demandas sejam resolutivamente atendidas, é primordial que os gestores e profissionais de saúde estejam bem formados, informados e atualizados (BRASIL, 2013c; JAIME *et al.*, 2018).

Ao observar tal necessidade, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN) ampliou parcerias com universidades públicas e, em 2018, lançou Chamadas Públicas para a prevenção e o controle da obesidade na APS, financiadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para investir em propostas de ensino, pesquisa e extensão (CARVALHO, 2021).

Conforme estas Chamadas reforçam, Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição deve ser outra fonte de informações, assim como de estratégias, à Organização da Atenção Nutricional, Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição e Qualificação da Força de Trabalho, principalmente no que tange a tomada de decisão em políticas públicas baseada em evidências. Lembrando que a pesquisa pode utilizar-se da VAN, no caso de estudos epidemiológicos, por exemplo (BRASIL, 2013c).

As pesquisas nessa temática ainda são incipientes no Mato Grosso do Sul (MS), uma vez que a obesidade foi assunto principal em apenas três artigos científicos publicados a partir de dados do estado, nenhum a respeito de serviços de saúde e/ou gestão (PIOVESAN *et al.*, 2002; SILVA; NUNES, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

Contudo, a partir das Chamadas Públicas supracitadas, no ano de 2021 foi criado o Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA) no MS, pautado na educação continuada e pesquisa acerca da obesidade e outras condições crônicas. As publicações provenientes do OCCA em breve auxiliarão no fortalecimento da diretriz de Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição no estado, assim como seus cursos e e-books já começaram a fomentar a diretriz de Qualificação da Força de Trabalho da PNAN.

O OCCA é executado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de MS, a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), e a Faculdade Campo Grande (FCG).

Enquanto grupo de pesquisa, o OCCA abrange diversos estudos, entre os quais encontra-se a presente tese, que se justifica pela necessidade de diagnosticar como a Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição está organizada no MS, para identificar pontos em que pode ser melhorada e se pensar em estratégias neste sentido, para, pelo menos, atenuar a grave situação em que o estado se encontra, e que está resumidamente descrita a seguir.

Os custos com excesso de peso ultrapassaram 23 milhões de reais em 2019, valor que corresponde a 25,5% do gasto total com todas as DCNT (mais de 91 milhões de reais). Tal proporção ultrapassou a média nacional, de 22%. Desta forma, MS passou a ocupar o 6º lugar no ranking nacional dos estados que mais gastam com excesso de peso (REZENDE *et al.*, 2021).

No mesmo ano, MS estava em 3º lugar no ranking nacional dos estados com mais casos de excesso de peso. E, considerando apenas os atendimentos pelo SUS, ocorreram aproximadamente 8 mil hospitalizações e 185 mil procedimentos a nível ambulatorial atribuídos a sobrepeso e obesidade. Na relação de óbitos por habitantes, o estado teve mais de 2.600 mortes atribuíveis ao excesso de peso, ocupando o 1º lugar no ranking nacional (REZENDE *et al.*, 2021).

Segundo a SES de MS, a LCSO deve ser uma das três linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, junto à oncologia e doença renal crônica, devido aos agravos provenientes de tais enfermidades serem os de maior magnitude no estado (ISSA, 2016). Contudo, os serviços de enfrentamento e controle da obesidade ainda não estão organizados e articulados para integrar a LCSO no MS, visto que ela ainda está em construção.

Esta tese mostra-se relevante para auxiliar gestores na tomada de decisão baseada em evidências, já que incluiu a totalidade dos municípios do estado e abrangeu a organização da

gestão da atenção nutricional referente a todas as faixas etárias, por meio de um instrumento de coleta desenvolvido a partir de demanda e participação do próprio Ministério da Saúde, aplicado pela primeira vez no estado, por se tratar da primeira edição nacional das pesquisas provenientes das Chamadas Públicas supracitadas.

Além disso, o tipo de análise empregada aos dados, para descrever os processos decisórios da gestão das ações, políticas e programas de alimentação e nutrição, no âmbito da APS, no estado, revelou-se original dentre as demais pesquisas das Chamadas, sendo até mesmo elogiada e incentivada por representante do Ministério da Saúde.

A importância se amplia ao considerar que: a) os artigos científicos a respeito da maior demanda nutricional são raros em MS, e limitam-se a pesquisas de diagnóstico nutricional e/ou comorbidades, de populações pertencentes a uma faixa etária específica, e geralmente apenas a nível municipal; b) entre outras questões alimentares e nutricionais, o sobrepeso e a obesidade são evidentes problemas de saúde pública, que atingem a população direta e indiretamente, pois além de reduzir a longevidade, a saúde e qualidade de vida da população, ainda afeta os cofres públicos.

Entre suas contribuições teóricas, tem-se o reconhecimento: a) das fragilidades da organização da gestão das ações de alimentação e nutrição no âmbito da APS no estado; b) dos benefícios da instituição de Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) para a organização da gestão; c) das vantagens de se ter um Responsável Técnico (RT) formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); e d) da necessidade de se elaborar planos de ação e/ou estratégias para tornar a gestão mais eficiente e efetiva conforme as singularidades do estado.

Como contribuições práticas, pode-se destacar o desenvolvimento e publicação de mais evidências científicas, para subsidiar tomadas de decisão a nível municipal e estadual, no MS. Em especial pelo uso do método de árvore de decisão, que apresenta o potencial de aproximar os gestores das evidências de maneira prática e didática, facilitando a tomada de decisão com base nos desfechos desejados.

Entre as contribuições já executadas, pode-se elencar: 1) a redação do artigo científico “Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão” (APÊNDICE A) e seu aceite pela Revista Ciência & Saúde Coletiva; 2) as sete edições do evento online “Live Informativa” sobre os recursos financeiros disponíveis à área de alimentação e nutrição municipal e como acessá-los, realizadas em parceria entre a SES e o OCCA, destinada aos profissionais de saúde da APS envolvidos na temática da alimentação e nutrição, cujo tema foi inspirado nos resultados da tese; e 3) a elaboração do

relatório estadual “Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul no contexto da má nutrição” (APÊNDICE B), que será apresentado em reunião do Comitê Intergestores Bipartite (CIB).

Estas publicações proporcionarão algumas das informações necessárias para aprimorar o processo de trabalho na APS, como estratégia para diminuir a prevalência de obesidade, os custos ao SUS e, principalmente, os óbitos atribuíveis à mesma. E, em adição aos dados de todos os estudos análogos a este (derivados da mesma Chamada Pública), realizados nos demais estados brasileiros e no Distrito Federal (DF), a consolidação dos dados nacionais embasará a próxima atualização da PNAN, de modo que se aproxime das realidades e demandas encontradas em cada região do país.

Isto posto, tendo em vista a situação alarmante do estado no tocante ao excesso de peso, a necessidade de se diagnosticar em quais aspectos a organização da atenção nutricional pode melhorar, para enfrentar tal desafio de saúde pública, e a escassez de evidências científicas na temática, revela-se primordial analisar a organização da gestão da atenção nutricional na APS no estado de Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A má nutrição

Atualmente as altas prevalências de desnutrição, carências nutricionais e de excesso de peso são problemas coexistentes na população mundial, principalmente em se tratando de países de baixa e média renda, onde a prevalência de desnutrição ainda apresenta lento declínio, enquanto há acelerado crescimento das prevalências de sobrepeso e obesidade. Este quadro é conhecido como múltipla carga de má nutrição, ocasionado pelas rápidas mudanças que impactaram o sistema alimentar, como a exacerbada disponibilidade de produtos alimentícios ultraprocessados nesses países (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020).

De modo mais abrangente, esta múltipla carga, aliada às mudanças climáticas, constituem a chamada Sindemia Global, por se tratar de uma sinergia simultânea entre pandemias, com determinantes comuns entre elas, como os sistemas alimentares e de transporte atuais, que elevam os níveis de emissão de gases do efeito estufa, de desnutrição, de carências nutricionais e de obesidade, além da engenharia comercial do consumismo, da busca obsessiva por lucros crescentes e dos sistemas de governança política falhos e/ou insuficientes (SWINBURN *et al.*, 2019).

Os pilares desta sindemia se afetam mutuamente, a exemplo das mudanças climáticas que impactam negativamente a agricultura e, conseqüentemente, dificultam a produção de alimentos e reduzem o acesso a alimentos saudáveis, principalmente entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, diante da desigualdade social atual, resultando em insegurança alimentar e nutricional, com a falta dos alimentos saudáveis, como os *in natura* e os minimamente processados, e/ou a substituição destes por produtos alimentícios ultraprocessados que prometem ser mais práticos e baratos, mas são ricos em gorduras, açúcares, sódio, aromatizantes, corantes, conservantes, acidulantes, emulsificantes, entre outras substâncias de uso exclusivamente industrial (BRASIL, 2014a; SWINBURN *et al.*, 2019).

Como o Brasil é um país em desenvolvimento fortemente acometido pela Sindemia Global e desigualdade social, sua população também apresenta hábitos alimentares preocupantes, pois mais da metade dos brasileiros adultos relatou consumo de bebidas adoçadas e pelo menos um a cada três referiu consumo de hambúrgueres e/ou embutidos, de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, e/ou de biscoito recheado, doces ou guloseimas no dia anterior à aplicação do questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2020).

2.1.1 Os sistemas alimentares atuais no Brasil

Sistema alimentar é um contexto complexo no qual estão inseridas as pessoas, as instituições, as infraestruturas, o ambiente, os insumos, os processos e outros elementos, bem como contempla todas as atividades vinculadas aos processos de produção, transformação, distribuição, preparação e consumo de alimentos. Desta forma, direta ou indiretamente, os sistemas alimentares exercem grande influência no estado de saúde e nutrição dos sujeitos individuais e coletivos, com impacto significativo nas esferas ambientais e socioeconômicas (MARQUES; BELLO; MAZZETI, 2021).

No Brasil, por exemplo, tal sistema encontra-se em desequilíbrio, já que a produção de alimentos está fortemente atrelada a concentração de terra e monoculturas, majoritariamente de soja, que nem mesmo faz parte da cultura alimentar do país, além da transgenia e da elevada contaminação por agrotóxicos; enquanto o cultivo de alimentos de fato consumidos pela população brasileira, como o arroz, o feijão, as verduras, os legumes e as frutas, mantém-se limitado a pequenas porções de terra, nas quais trabalham o pequeno e o médio produtor, incluindo a agricultura familiar e a agroecologia (BRASIL, 2014, 2017c; MARQUES; BELLO; MAZZETI, 2021).

Deste modo, torna-se dificultado o acesso a alimentos saudáveis, ilusoriamente compensado pela vasta oferta de produtos alimentícios industrializados, o que compromete a SAN, pois consiste em grande obstáculo ao “acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2023, p.1).

Como resultado, tem-se o consumo elevado de “alimentos ultraprocessados”¹ como fator condicionante das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica e a obesidade, entre outras doenças e agravos. Estes produtos alimentícios são repletos de aditivos químicos, como corantes, acidulantes, edulcorantes, aromatizantes, conservantes, umectantes, entre outros, além de serem ricos em gorduras, sódio e açúcares adicionados à composição, o que lhes confere características altamente perigosas à saúde, aliadas ao vício que podem gerar nos indivíduos, famílias e comunidades, por serem produtos

¹ O termo foi escrito entre aspas devido à autora recusar-se a denominá-los como alimentos, uma vez que estes produtos alimentícios apresentam apenas frações pouco significativas de alimentos de verdade em sua composição.

demasiadamente palatáveis, compulsivamente propagados nas mídias (por meio de estratégias manipulativas, muitas vezes vinculando o produto a emoções e/ou induzindo o consumidor ao erro ao enfatizar supostos benefícios à saúde e/ou âmbito social), além de contarem com expressiva vida de prateleira e serem considerados práticos para o consumo (BRASIL, 2014, 2019, 2021).

2.1.2 Obesidade

A obesidade pode ser caracterizada como pandemia complexa, cuja origem perpassa tanto pelos aspectos genéticos e hormonais dos indivíduos, quanto por problemas socioeconômicos, psicológicos, políticos, culturais, de desordem dos comportamentos alimentar e sedentário, e pode reduzir a qualidade de vida por acarretar agravos físicos, psicológicos, familiares e sociais, independentemente de faixa etária (COSTA *et al.*, 2009; DIAS *et al.*, 2017; PEREIRA; FARIA; LOPES, 2019).

A obesidade consiste em uma DCNT, caracterizada pelo acúmulo de gordura anormal ou excessivo no organismo, fundamentalmente devido ao balanço energético positivo, ou seja, consumo de calorias maior do que o gasto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Este desequilíbrio é reflexo de mudanças ambientais e sociais, que abarcam a insuficiência de políticas públicas dos setores de saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano e meio ambiente, educação e de processamento, distribuição e comercialização de alimentos, contribuindo no empobrecimento dos hábitos alimentares e de atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Além de prejudicial à saúde por si só, a obesidade ainda é considerada fator de risco para outras DCNT como diabetes, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer. Tal risco é proporcional ao aumento do índice de massa corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O IMC, calculado por meio da divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado, pode ser utilizado como ferramenta para identificar e classificar a obesidade em grau 1 (IMC de 30 kg/m² a 34,9 kg/m²), grau 2 (IMC de 35 kg/m² a 39,9 kg/m²) e grau 3 (IMC a partir de 40 kg/m²) em indivíduos adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

Para identificar obesidade em crianças, a idade deve ser considerada e, para tanto, podem ser consultados os gráficos e tabelas de padrões de crescimento da Organização Mundial

da Saúde (OMS) para crianças menores de 5 anos e para crianças de 5 a 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, a Vigitel apresenta informações atualizadas anualmente sobre o estado nutricional dos indivíduos maiores de 18 anos, nas capitais estaduais e no DF. A edição de 2022 publicou uma retrospectiva contendo os dados de todos os anos da Vigitel, desde 2006 até 2021, o que tornou ainda mais evidente o aumento da prevalência da obesidade, visto que a frequência era de 11,8% da população em 2006 com obesidade e, atualmente, já representa 22,4%, ou seja, houve um aumento de 90% em 15 anos (BRASIL, 2022).

E o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), com aferição da antropometria *in loco*, a partir de protocolos bem estabelecidos, com auxílio de equipamentos padronizados e recursos humanos capacitados, recentemente publicou os resultados de sua primeira edição, com as prevalências de sobrepeso e obesidade em crianças menores de cinco anos somando 10% da amostra com excesso de peso, ao considerar o IMC para idade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2022). A prevalência atual de excesso de peso em indivíduos adultos, segundo dados nacionais do Sisvan, está descrita no Quadro 1.

Quadro 1 - Excesso de peso em adultos, Brasil, 2022.

Classificação segundo IMC	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sobrepeso	1.264.542	34,9
Obesidade grau I	747.868	20,4
Obesidade grau II	295.596	8,06
Obesidade grau III	159.736	4,36

Fonte: Sisvan (2022)

O quantitativo crescente de casos de obesidade no país também reflete em âmbito financeiro, pois mesmo que apenas cerca de 10% das cirurgias bariátricas sejam realizadas pelo SUS, estes procedimentos somaram mais de 73 mil casos entre os anos de 2008 e 2017, nos quais foram investidos mais de 440 milhões de reais (REIS, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

Ressalta-se que, no tratamento da obesidade, estas cirurgias somente devem ser empregadas como último recurso, quando não há opções menos invasivas para solucionar o

quadro. Além de ser necessário o acompanhamento multiprofissional pós-cirúrgico, para evitar a recidiva da obesidade por motivos metabólicos e/ou psicológicos (BRASIL, 2013a).

O tratamento da obesidade nos indivíduos adultos custou meio bilhão de reais aos cofres públicos no ano de 2011, elevando-se ainda mais se considerados os custos com outras faixas etárias e medidas de prevenção (OLIVEIRA, 2013).

Este valor triplicou em 2019, quando, segundo Rezende e colaboradores (2021), a saúde pública brasileira gastou cerca de 1,5 bilhão de reais com excesso de peso e obesidade e, se considerados os custos diretos com todas as DCNT, a quantia chegou a 6,8 bilhões de reais.

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o valor gasto foi ainda maior no ano em questão: 8,8 bilhões de reais com internações por DCNT no Brasil. Além disso, estas doenças representaram a principal causa de óbito entre indivíduos de 30 a 69 anos (BRASIL, 2021).

No MS, o relatório Evolução de marcadores de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde de Mato Grosso do Sul: 2015 a 2021, recém-publicado, foi elaborado pelo OCCA a partir da análise dos dados inseridos no Sisvan pelos profissionais de saúde da APS durante o período, e que permitem estimar a situação nutricional da população do estado e sua evolução ao longo dos anos, separados por sexo e etapa do ciclo de vida (MAZZETI; RAFACHO, 2023).

Tal relatório mostra que a prevalência de obesidade em adultos no MS ultrapassa os dados nacionais apresentados na Vigitel, pois 34,01% das mulheres e 42,31% dos homens no estado estava com obesidade em 2021, representando aumento de 20% e 48%, respectivamente, em relação a 2015, enquanto no Brasil o aumento foi de 15% e 22%, considerando o mesmo período (BRASIL, 2022; MAZZETI; RAFACHO, 2023).

O contexto atual de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no estado, segundo IMC para idade (crianças e adolescentes), IMC (adultos e idosos) e IMC gestacional (gestantes), pode ser observado no Quadro 2.

Apesar das prevalências preocupantes, poucos são os artigos científicos sobre obesidade com base em dados do estado, nenhum deles a respeito da gestão ou atenção nutricional para o manejo da obesidade, conforme o rastreamento descrito a seguir.

Em buscas nas bases de dados BDEF – Enfermagem, Coleciona SUS, LILACS e MEDLINE, por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde, combinando-se “Mato Grosso do Sul” com “manejo da obesidade”, nas palavras do título, resumo e/ou assunto, tem-se apenas uma publicação: “Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida” (RODRIGUES *et al.*, 2009), que, por sua vez,

apenas cita a obesidade como uma das possíveis alterações metabólicas associadas ao tratamento. Da mesma forma, a estratégia de busca substituindo “manejo da obesidade” por “obesidade” e “gestão”, apresentou zero resultados.

Quadro 2 - Excesso de peso em Mato Grosso do Sul, 2021.

Etapa do ciclo de vida	Sexo feminino	Sexo masculino
0 a 6 meses	7,37%	10,03%
6 meses a 2 anos	12,84%	13,71%
2 a 4 anos	14,16%	14,80%
5 a 9 anos	13,39%	17,67%
Adolescentes	13,81%	18,75%
Adultos	73,88%	68,66%
Idosos	62,44%	50,98%
Gestantes	53,79%	-

Fonte: Sisvan; adaptado de Mazzeti e Rafacho (2023).

A partir do arranjo entre as palavras “Mato Grosso do Sul” e “obesidade” no título, resumo e/ou assunto, o resultado amplia-se para 32 achados, porém apenas oito nos quais a obesidade está entre os assuntos principais e, destes, metade referente ao estado de Mato Grosso, e um estudo duplicado, restando apenas três artigos após estas filtragens, elencados no Quadro 3.

Além disso, com as altas prevalências e os consequentes agravos à saúde, os custos atribuídos ao excesso de peso no MS, em 2019, ultrapassaram 23 milhões de reais, representando 25,5% do total gasto com as DCNT, que somaram mais de 91 milhões de reais. Cabe ressaltar que esta proporção também foi maior que a nacional, pois o valor gasto com obesidade no Brasil chegou a 22,0% dos custos com DCNT (REZENDE *et al.*, 2021).

Ainda pior do que os custos, são os números de casos e mortes, pois enquanto MS ocupa a sexta posição entre os estados com maior custo atribuível ao excesso de peso, encontra-se em terceiro lugar com relação ao número de casos e em primeiro lugar no ranking nacional de mortes atribuíveis ao mesmo, pois ocorreram 2,67 mil óbitos, além de quase oito mil hospitalizações e cerca de 185 mil procedimentos a nível ambulatorial por excesso de peso no

estado, considerando apenas os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (REZENDE *et al.*, 2021).

Quadro 3 – Artigos científicos sobre obesidade a partir de dados de Mato Grosso do Sul.

Ano	Autor	Participantes	Objetivo	Principais resultados
2002	Piovesan <i>et al.</i>	225 alunos de 5 ^a e 6 ^a séries das escolas Municipais Danda Nunes (central) e Nazira Anache (periferia). Feminino: 116; Masculino: 109.	Analisar a adiposidade corpórea e o tempo diário de assistência à TV; detectar a prevalência de obesidade; e associações entre tempo de assistência à TV e gordura corporal relativa em meninos e meninas, de 11 a 14 anos de idade, matriculados em duas escolas municipais de Campo Grande – MS.	Prevalência de obesidade: feminino 25,86%; masculino 11,93%. 60% assistem mais de 3 horas de televisão/dia. Não houve associações.
2015	Silva; Nunes	19.289 crianças de 5 a 10 anos de idade, beneficiárias do Programa Bolsa Família em 2010. Feminino: 9.451; Masculino: 9.838.	Estimar a prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade que vivem na condição de pobreza e extrema pobreza, de acordo com o sexo e com as mesorregiões geográficas, no estado de Mato Grosso do Sul.	Prevalência de baixo peso: feminino 4,8%; masculino 5,6%. Prevalência de obesidade: feminino 9,1%; masculino 11,9%. Menores prevalências em municípios com menor desigualdade de distribuição de renda.
2019	Souza <i>et al.</i>	47 idosos de ambos os sexos, com idade entre 60 e 96 anos.	Avaliar o estado nutricional, as condições de saúde e suas influências na capacidade funcional de idosos de um centro de convivência em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.	Efeito médio e significativo do excesso de peso sobre a dependência para as atividades básicas, com efeito direto.

Fonte: As autoras.

2.2 O Sistema Único de Saúde e as Políticas Públicas

O SUS, instituído na Constituição Federal em 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, para ser público, universal, gratuito e de qualidade, é um sistema de saúde admirado mundialmente, por sua abrangência, complexidade e efetividade. Para alcançar seus propósitos, o SUS apresenta universalidade, equidade e integralidade como princípios doutrinários, bem como descentralização e comando único, regionalização e hierarquização e participação popular como princípios organizativos (BRASIL, 1990a, 1990b, 2006a; MAGALHÃES, 2011; SOUZA; CABRAL, 2014).

O princípio da universalidade verte sobre o acesso à saúde, que deve incluir todos os cidadãos, independentemente de raça/cor, credo, sexo, orientação sexual, grau de instrução, ocupação, nível socioeconômico, e demais características pessoais e/ou sociais (BRASIL, 1990).

O princípio da equidade remete ao bom senso e à justiça além da legalidade, que consiste em tratar igualmente as pessoas iguais e diferentemente as pessoas diferentes. O SUS refere-se principalmente à última, também conhecida como equidade vertical, por ser fundamentado na premissa de reduzir as desigualdades sociais ao conceder mais apoio e investimento aos mais vulneráveis e carentes (BRASIL, 1990).

O princípio da integralidade considera as ações de prevenção de doenças e agravos, e de promoção, recuperação e reabilitação da saúde como partes inseparáveis de um todo, pois juntas permitem a ideia de totalidade da intervenção (BRASIL, 1990).

Desta forma, os objetivos do SUS contemplam (BRASIL, 1990, 2013):

- A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros;
- A formulação de políticas públicas de saúde destinadas a promover a garantia da saúde nos campos econômico e social, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

- A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As políticas públicas são importantes instrumentos de intervenção do Estado na sociedade, buscando a solução de problemas coletivos e o alcance do bem-estar social. No caso do Brasil, as políticas públicas têm um papel fundamental na garantia dos direitos sociais e na promoção da igualdade (MENDES; PIRES, 2011).

No âmbito da saúde, as políticas públicas têm sido essenciais para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade do atendimento e a redução das desigualdades em saúde. A implementação do SUS, em 1988, foi um marco nesse sentido, pois estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Segundo Paim e Almeida-Filho (2018), as políticas públicas de saúde no Brasil tiveram um papel importante na redução da mortalidade infantil, na diminuição da desnutrição e no controle de epidemias. Além disso, as políticas públicas de saúde têm permitido a expansão da APS, o fortalecimento da vigilância em saúde e a ampliação do acesso a medicamentos e tratamentos.

Já no campo da educação, as políticas públicas têm sido fundamentais para a universalização do acesso à educação básica e a promoção da qualidade do ensino. Segundo Souza e Carvalho (2017), as políticas educacionais brasileiras têm contribuído para a redução da evasão escolar, o aumento do nível de escolaridade da população e a melhoria da formação de professores.

Na área da assistência social, as políticas públicas têm sido importantes para a redução da pobreza e da desigualdade social. Segundo Tafner *et al.* (2019), as políticas de transferência de renda, como o Bolsa Família, têm permitido a redução da pobreza extrema e o aumento da renda das famílias mais pobres.

Assim, as políticas públicas têm um papel fundamental na garantia dos direitos sociais e na promoção da igualdade no Brasil. Por meio das políticas públicas, é possível promover a inclusão social, a redução das desigualdades e o acesso aos serviços básicos, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (TAFNER *et al.*, 2019).

No âmbito da saúde, estas políticas consistem em um conjunto de ações, medidas e estratégias governamentais que visam promover o acesso universal e equitativo à saúde, garantindo a melhoria da qualidade de vida da população e o controle de doenças e agravos. As Políticas Públicas de Saúde incluem ações para prevenção, diagnóstico, tratamento e

reabilitação, além de medidas para garantir a segurança sanitária, como a regulamentação de medicamentos, alimentos e outras substâncias (FLEURY, 2014).

Para tanto, é preciso passar pelas fases do ciclo de políticas públicas, que está representado na Figura 1. O ciclo de avaliação de políticas públicas em saúde é um processo contínuo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de políticas de saúde. Crucial para garantir a eficácia das políticas públicas em saúde e a melhoria dos resultados em saúde da população (MATUS, 1993).

Figura 1 – Etapas do ciclo de políticas públicas.



Fonte: As autoras.

Há diferentes estudos sobre a classificação das fases do ciclo de políticas públicas, exemplificadas mais adiante, mas a construção da figura em questão, com etapas expressas em pontos contidos em linha ao invés do habitual círculo ou ciclo fechado, tomou por base os estudos de Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Saravia e Ferrarezi (2006), citados a seguir.

Howlett, Ramesh e Perl (2013) afirmam que essas fases não são necessariamente sequenciais ou apresentam obrigatoriedade em sua totalidade, ficando na dependência da situação política e econômica, sendo comum que as fases sejam puladas.

Já Saravia e Ferrarezi (2006) destacam três macroetapas no âmbito das políticas públicas, que podem ser entendidas como um ciclo: formulação, implementação e avaliação. Cada uma dessas macroetapas pode se dividir em outras mais detalhadas, como: agenda;

elaboração; formulação; implementação; execução; acompanhamento ou monitoramento; e avaliação.

Segundo Matus (1993), o ciclo de avaliação de políticas públicas em saúde é composto por quatro fases: planejamento, implementação, monitoramento e avaliação. Na primeira fase, de planejamento, são estabelecidos objetivos, metas e estratégias para a política de saúde. Na segunda fase, de implementação, a política de saúde é colocada em prática. Na terceira fase, de monitoramento, são coletados dados para avaliar se a política está sendo implementada de acordo com o planejado e se está alcançando os objetivos e metas estabelecidos. E, na última fase, os resultados da política são avaliados e, a partir dos desfechos revelados, são tomadas medidas para melhorar a eficácia da política (MATUS, 1993; WHO, 2013).

Enquanto Furtado e Vieira-da-Silva (2014) consideram que, ao invés da fase de monitoramento, é a avaliação de resultados que avalia se a política está alcançando os objetivos e metas estabelecidos.

Mesmo com variações, é possível notar que os modelos do ciclo de políticas públicas apresentam basicamente o mesmo encadeamento lógico, bem como parecem padronizar que as etapas de implementação e avaliação devem compor o ciclo.

2.2.1 Implementação de políticas públicas

Para a implementação das políticas públicas de saúde, faz-se necessário que haja recursos financeiros, humanos e materiais suficientes (VIANNA *et al*, 2009). Segundo Silva e Lima (2016), o financiamento adequado é fundamental para garantir o funcionamento adequado do SUS e a oferta de serviços de saúde de qualidade à população.

No Brasil, algumas políticas públicas de saúde implementadas pelo SUS incluem:

- Programa Nacional de Imunizações (PNI): criado em 1973, considerado um dos maiores do mundo, disponibiliza vacinas para pessoas de todas as idades, com campanhas anuais para atualizar a caderneta de vacinação. É responsável por coordenar ações de imunização em todo o país, garantindo 45 diferentes imunobiológicos a milhões de brasileiros, contra doenças como o sarampo, a rubéola, a varíola e a poliomielite, que, nos dois últimos casos, foram erradicadas.
- Estratégia Saúde da Família (ESF): implantada como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e renomeada como estratégia em 2006, tem como objetivo facilitar o acesso a assistência básica em saúde e prevenção de doenças a comunidades, principalmente as de baixa renda, por meio de equipes multidisciplinares que, além

do atendimento oferecido nas próprias unidades de saúde e ações aos usuários nos equipamentos de apoio do território, também realizam visitas domiciliares.

- Rede Cegonha: lançada em 2011, tem o objetivo de garantir assistência qualificada e humanizada durante o pré-natal, o parto e o puerpério, com todos os exames necessários em cada etapa. Além de facilitar o vínculo gestante-maternidade e reforçar direitos como a entrada de acompanhante e/ou doula, com respeito a cada plano de parto, reduzindo a mortalidade materna e infantil, bem como a iatrogenia.
- Programa Farmácia Popular do Brasil: criado em 2004, oferece medicamentos gratuitos, para o tratamento de asma, diabetes e hipertensão, ou com desconto, para anticoncepção, rinite, dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose e fraldas geriátricas, com o objetivo de garantir o acesso a estes fármacos ou produtos aos usuários que deles necessitam.
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo: criado em 2005, visa reduzir o consumo de tabaco e prevenir doenças relacionadas ao tabagismo, por meio de ações de conscientização, fiscalização e tratamento, que além de acompanhar a datas específicas como o Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), inclui grupos terapêuticos norteados pelo Manual Deixando de fumar sem mistérios, cujas quatro sessões estão disponíveis também na versão com audiodescrição, no site <https://www.gov.br/inca/pt-br>.
- Política Nacional de Saúde Mental: instituída em 2001, tem o objetivo de organizar a assistência, promover ações de promoção da saúde mental e garantir acesso a tratamento e reabilitação psicossocial às pessoas que necessitam de cuidados específicos em saúde mental, o que inclui usuários com transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno afetivo bipolar, ansiedade, depressão, esquizofrenia, entre outros transtornos mentais, bem como pessoas que apresentam uso nocivo de substâncias psicoativas, como álcool, crack e outras drogas.

Essas são apenas algumas das políticas públicas de saúde implementadas no Brasil. O SUS também desenvolve ações voltadas para o combate a doenças como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, entre outras.

Além da implementação, a avaliação das políticas públicas de saúde é outra etapa importante do processo, e que pode ser considerada a parte mais relevante do ciclo para o

presente estudo, pois permite identificar os pontos positivos e negativos da política, e propor melhorias para garantir a efetividade das ações implementadas.

2.2.2 Avaliação de políticas públicas

Segundo Arretche (2012), a avaliação das políticas públicas deve ser realizada de forma sistemática e transparente, envolvendo diferentes atores sociais e considerando aspectos como a efetividade, eficiência, equidade e sustentabilidade.

A avaliação pode ser classificada e realizada em função do tempo, ocorrendo antes ou depois da implementação da política pública (ex ante ou ex post). De um lado, a análise ex ante tem como objetivo promover uma reflexão da criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas, para que estas sejam mais bem construídas e planejadas. Do outro lado, a avaliação ex post é um instrumento importante para a tomada de decisões ao longo da execução da política, orientando gestores quanto à melhor alocação de recursos entre as diferentes políticas públicas setoriais (ORUÉ *et al.*, 2022).

Bem como a avaliação de políticas públicas de saúde pode ser realizada a partir de diferentes abordagens: a avaliação de processo; a avaliação de resultados, supracitada; e a avaliação de impacto. A avaliação de processo avalia se a política está sendo implementada de acordo com o planejado, e a avaliação de impacto avalia o efeito da política na saúde da população (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Segundo o documento da Casa Civil da Presidência da República (2018), a avaliação de políticas públicas, executada como um processo sistemático, integrado e institucionalizado, tem como princípio verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, considerando a melhoria dos processos, dos resultados e da gestão. As metodologias e ferramentas analíticas usadas na avaliação fundamentam a tomada de decisão dos gestores públicos em prol do aprimoramento das políticas em execução (ORUÉ *et al.*, 2022).

Desta forma, tal avaliação deve ser abordada a partir de um olhar crítico, que considere tanto os aspectos técnicos e quantitativos, quanto os aspectos políticos e sociais envolvidos nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, faz-se essencial destacar a importância da participação social na avaliação das políticas públicas de saúde, como forma de garantir a representatividade e a voz dos usuários e trabalhadores do sistema de saúde (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Para garantir que o ciclo de avaliação de políticas públicas em saúde seja eficaz, é importante que os dados sejam coletados de forma sistemática e regular. Além disso, faz-se fundamental que os resultados da avaliação sejam utilizados para melhorar a política de saúde e informar o processo de tomada de decisão (WHO, 2015).

2.2.3 Tomada de decisão baseada em evidência

A tomada de decisão em política pública de saúde baseada em evidência é um processo que visa utilizar as melhores evidências científicas disponíveis para orientar a formulação e implementação de políticas de saúde. Esse processo envolve a coleta, análise e síntese de informações relevantes, com o objetivo de identificar as melhores práticas e estratégias para alcançar os objetivos de saúde pública (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Um dos principais desafios é a complexidade e heterogeneidade das evidências disponíveis, que muitas vezes são contraditórias ou insuficientes para orientar a tomada de decisão (BROWNSON *et al.*, 2018). Nesse sentido, é fundamental contar com equipes multidisciplinares e capacitadas em metodologias de avaliação de evidências e análise de dados.

Outro desafio relevante é a implementação das políticas de saúde baseadas em evidências, que muitas vezes esbarram em barreiras políticas, sociais e culturais (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Para superar a ambos, é essencial envolver os principais *stakeholders* no processo de tomada de decisão, incluindo os gestores de saúde, os profissionais de saúde, os usuários do SUS e a sociedade civil organizada.

Alguns estudos têm mostrado que a tomada de decisão em política pública de saúde baseada em evidência pode levar a melhores resultados de saúde e a redução de custos para o sistema de saúde (BROWNSON *et al.*, 2018; HERBERT *et al.*, 2010). Além disso, a utilização de evidências científicas pode contribuir para a transparência e *accountability* das políticas públicas de saúde, aumentando a confiança dos cidadãos no sistema de saúde (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

Em suma, a tomada de decisão em política pública de saúde baseada em evidência é um processo complexo e desafiador, mas fundamental para garantir a efetividade e eficiência das políticas de saúde. Além de contar com equipes multidisciplinares capacitadas em avaliação de evidências e análise de dados, e envolver os principais *stakeholders* no processo de tomada de decisão, incluindo os usuários e a sociedade civil organizada (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Reforça-se aqui que a própria tomada de decisão em políticas públicas baseadas em evidências deve ser encarada como um processo e, portanto, apresenta etapas, a saber: construção, implementação, execução e conclusão/conceito de responsabilidade com prestação de contas (COSTA; SILVA, 2016).

Em alguns casos, existem modelos a serem seguidos e/ou utilização de ferramentas específicas. Desta forma, cada um destes pontos e auxílios, assim como o processo per se, demandam avaliação periódica, para possibilitar melhores direcionamentos e adequações a contextos locais e/ou atuais, conciliando quatro elementos-chave: conhecimento, experiência, informação e decisão (COSTA; SILVA, 2016).

Como dito anteriormente o processo de tomada de decisão depende da avaliação e monitoramento das ações, ou seja, produção e sistematização de dados para basear escolhas. No mundo atual, com interfaces online e produção de dados em massa, tem se tornado cada vez mais desafiador organizar e analisar informações de qualidade para gestão em saúde (DAVENPORT; KALAKOTA, 2019).

A produção de dados por meio da inteligência artificial (IA) tem se mostrado cada vez mais importante para embasar a tomada de decisão em políticas públicas de saúde. A IA é capaz de analisar grandes volumes de dados em tempo real, identificar padrões, realizar previsões e fornecer impressões para a gestão da saúde pública (JIANG *et al.*, 2017).

Um exemplo prático da aplicação da IA na saúde pública é o uso de algoritmos de aprendizado de máquina para prever surtos de doenças infecciosas. Por meio da análise de dados de sintomas, localização geográfica e outros fatores, a IA pode identificar áreas com maior probabilidade de surto e auxiliar na alocação de recursos para prevenção e controle da doença. No entanto, é importante ressaltar que a produção de dados por meio da IA deve ser acompanhada de cuidados éticos e legais, como a proteção da privacidade dos pacientes e a transparência na coleta e uso dos dados. Além disso, é essencial que os resultados gerados pela IA sejam validados por profissionais de saúde, a fim de garantir a qualidade e a precisão das informações fornecidas (GOODMAN *et al.*, 2016; WENG *et al.*, 2017).

O aprendizado de máquina, ou *machine learning* (ML), é um dos ramos da IA, que estuda e constrói algoritmos computacionais a partir do aprendizado por dados (JORDAN; MITCHELL, 2015). A aplicação de ML é voltada para o manejo de bases de dados consolidadas e confiáveis com informações heterogêneas, para as quais pode haver limitações referentes ao uso das técnicas de estatística mais convencionais (CHEN; MAO; LIU, 2014).

Os algoritmos de ML já estão difundidos em diversas áreas do conhecimento e com aplicabilidade, como sistemas bancários, mecanismos de busca na internet, segurança de dados,

e, na medicina, para diagnóstico e prognóstico (ZHOU *et al.*, 2017). Com a digitalização dos prontuários médicos, exames laboratoriais e de imagem, e com sistemas de vigilância em saúde com *open data*, houve crescimentos dos bancos de dados. Nesses casos, pode-se considerar que são fontes para a aplicação de técnicas de ML, visando a prevenção, diagnóstico precoce e o tratamento das doenças (PAIXÃO *et al.*, 2022).

Uma das tendências de uso da ML em gestão em saúde é o algoritmo de árvore de decisão. Os algoritmos de árvore de decisão são métodos que utilizam uma estrutura hierárquica para classificar instâncias em um conjunto de dados. Esses algoritmos são amplamente utilizados em áreas como ciência de dados, aprendizado de máquina e reconhecimento de padrões (QUILAN, 1986).

2.2.4 Árvore de decisão

A estrutura hierárquica dos algoritmos de árvore de decisão é composta por uma raiz, ramos e folhas. A raiz representa o atributo mais importante para classificar os dados, enquanto os ramos representam as possíveis decisões a serem tomadas com base nesse atributo. As folhas, por sua vez, representam as classes ou valores a serem atribuídos aos dados (QUINLAN, 1986).

Os algoritmos de árvore de decisão apresentam vantagens como facilidade de interpretação da estrutura de decisão e a capacidade de lidar com dados não-lineares e não-paramétricos. Além disso, esses algoritmos podem ser utilizados para classificação e regressão (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009). No entanto, os algoritmos de árvore de decisão também apresentam algumas limitações, como a tendência de *overfitting* em conjuntos de dados complexos, a sensibilidade a dados ruidosos e a falta de generalização para novos dados (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009; BREIMAN *et al.*, 1984).

No contexto da saúde, os algoritmos de árvore de decisão podem ser usados para auxiliar médicos na tomada de decisão clínica, principalmente em casos de diagnósticos complexos (ROY; MITTAL, 2022).

Por exemplo, um algoritmo de árvore de decisão pode ser treinado para identificar a probabilidade de um paciente ter uma determinada doença com base em suas características clínicas, como idade, histórico familiar, sintomas, resultados de exames de laboratório, entre outros. Além disso, os algoritmos de árvore de decisão também podem ser utilizados para identificar quais fatores são mais importantes para determinado diagnóstico ou tratamento, permitindo, assim, que os médicos priorizem as intervenções mais relevantes e eficazes para cada caso (DENYSYUK *et al.*, 2023; PAIXÃO *et al.*, 2022; ROY; MITTAL, 2022).

A árvore de decisão é um modelo de ML que permite a classificação de instâncias a partir de um conjunto de regras simples. Cada nó da árvore representa uma condição que deve ser avaliada, e as folhas representam as possíveis classificações. A construção da árvore é baseada na análise dos dados disponíveis e na identificação das variáveis que mais contribuem para a classificação das instâncias (ROY & MITTAL, 2022; PANHALKAR; DOYE, 2022).

O uso de árvores de decisão tem sido explorado em diversas áreas da saúde pública, como na previsão de detecção de Síndrome Metabólica em idosos (RODRÍGUEZ-GUERRERO et al, 2020) e na classificação de fatores de risco com diabetes e para doenças cardiovasculares (ESMAILY et al, 2018; NADAKINAMANI et al, 2022).

Em políticas públicas de saúde, a utilização de árvores de decisão pode ser útil para a identificação de fatores que influenciam a efetividade de intervenções e programas de saúde pública. Por exemplo, a análise de dados de programas de vacinação pode ajudar na identificação dos grupos populacionais com maior risco de não adesão à vacinação e na elaboração de estratégias para aumentar a cobertura vacinal (SANTOS et al, 2021c).

No presente estudo, a avaliação e a tomada de decisão estão atreladas a políticas de saúde aplicadas à atenção nutricional ao usuário do SUS, abordadas nos itens subsequentes, a saber: a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, cujo tópico inclui informações sobre a atenção nutricional em Mato Grosso do Sul; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e, principalmente, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

E o que sustenta o esforço desta tese em analisar a PNAN e sua gestão no estado de MS, para subsidiar melhorias em sua administração, é a possibilidade de utilizar as árvores de decisão na avaliação de políticas públicas de saúde, por meio da investigação da sua gestão, permitindo a identificação dos fatores que mais contribuem para o sucesso ou fracasso de uma determinada intervenção ou investimento, de forma didática, prática e acessível aos gestores.

No entanto, não foram localizados estudos publicados sobre o uso de árvores de decisão na avaliação da gestão e condução de políticas e programas de alimentação e nutrição no país, até a presente data.

2.3 A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Os sistemas de atenção à saúde trabalharam de forma fragmentada por muito tempo, o que os manteve consolidados, mesmo com baixa resolutividade, provavelmente pela comodidade de não ter que se comunicar com os demais pontos de atenção à saúde, e pelo simples fato de não saber como atuar diferente, já que as articulações, a interdisciplinaridade, a

intersetorialidade e o trabalho em RAS nem sempre foram incorporadas na formação dos profissionais.

As diretrizes que orientam a organização das RAS no âmbito do SUS foram publicadas por meio da Portaria n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010, como estratégia para garantir um conjunto eficiente e efetivo de ações e serviços de saúde sistematicamente integrados aos usuários do SUS, contando com a gama de densidades tecnológicas disponível, de maneira integral, contínua, responsável, humanizada e de qualidade, centrada no usuário e suas necessidades de saúde, ou seja, vencer esta fragmentação pautada apenas em ações curativas, cujo foco é o cuidado médico, o que se mostrou insuficiente e insustentável frente os desafios em saúde atuais e futuros (BRASIL, 2010).

Dentro das RAS, a atuação deve acontecer de modo colaborativo, com participação de equipes multidisciplinares, e transversal às demais políticas públicas, pois as redes envolvem todos os serviços e esforços disponíveis e necessários para resolver as situações relacionadas a cada temática, incluindo, principalmente: 1) a APS como coordenadora dos fluxos da rede; 2) os sistemas de apoio; 3) os sistemas logísticos como estratégia tecnológica para organizar os fluxos de informação, produtos e pessoas na rede; 4) a atenção ambulatorial e a atenção hospitalar de média e alta complexidade; 5) e o sistema de gestão, para que se forme um excedente cooperativo forte e interdependente, que configure vantagem tanto para a saúde da população quanto econômica ao sistema de saúde (BRASIL, 2010, 2013, 2014).

O anexo IV da Portaria de Consolidação n.º 3 define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Segundo a Seção 1 do Capítulo 1 da Portaria, as DCNT são descritas como multicausais, de início progressivo e com tempo indeterminado de duração, e cujo tratamento não leva à cura, mas consiste em uma assistência vitalícia que promova mudanças no estilo de vida, para proporcionar melhor qualidade de vida ao indivíduo (BRASIL, 2017a).

Dito isso, a Portaria define os princípios e objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com vistas a facilitar o acesso e permanência dos usuários na Rede, proporcionando um atendimento em saúde focado nas necessidades da pessoa, buscando a humanização da atenção, realizada por equipes multiprofissionais. Os princípios englobam o respeito e valorização das diversidades étnico-raciais, socioculturais e religiosas e promoção da equidade das ações, a partir de atuação organizada por territórios, de acordo com as peculiaridades de cada população, incluindo seus respectivos riscos, agravos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017a).

Outra das forças que a Portaria reforça é a articulação entre os mais diversos pontos de atenção em saúde, permitindo a integração dessa complexa rede para além da ação em si, mas também na conectividade interfederativa entre todos os gestores de saúde. A regulação articulada entre todos os componentes viabiliza a efetividade e resolutividade do cuidado, bem como o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; além disso, gera participação, controle social e autonomia dos usuários sobre os serviços, e proporciona capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado às pessoas com DCNT (BRASIL, 2017a).

Considerando todos esses princípios, a Rede busca atingir suas propostas levando em consideração todas as esferas envolvidas (profissionais, gestores e usuários). Os objetivos da rede são: prover assistência integral às pessoas com DCNT, para a promoção e proteção da saúde, diagnósticos, tratamento, reabilitação, prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da saúde; e instigar mudanças nos padrões de cuidados à saúde, através da qualificação dos profissionais de saúde e da expansão de estratégias públicas para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento de DCNT na população, visando o autocuidado e a autonomia da mesma (BRASIL, 2017a).

Esta Portaria estabelece as competências designadas para cada esfera de gestão, sendo competência do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação: assegurar o financiamento tripartite para o cuidado integral às pessoas com DCNT; garantir que todos os estabelecimentos de saúde tenham recursos humanos qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, e estruturas e tecnologias necessárias para o adequado funcionamento da unidade e atendimento qualificado às pessoas com doenças crônicas; promover a formação e a qualificação dos profissionais segundo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; elaborar, desenvolver e divulgar protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e publicações para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, e ainda outros materiais didáticos e informativos referentes às doenças crônicas que sejam interessantes à população e aos profissionais de saúde; manter atualizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com os dados de todos os profissionais e serviços de saúde que trabalham com o SUS (BRASIL, 2017a).

A gestão deve, ainda, estimular a participação da população e o controle social para que a sociedade contribua para o desenvolvimento de estratégias para implantação das linhas de cuidado das doenças crônicas; operacionalizar sistemas de informação como coleta de dados epidemiológicos essenciais para o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle,

regulação e auditoria dos serviços de saúde, visando a melhoria do cuidado às pessoas com DCNT (BRASIL, 2017a).

Desta forma, duas estratégias para Mato Grosso do Sul estão pontuadas a seguir: 1) a nível estadual, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade; 2) a municipal, o Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

2.3.1 Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade

Por meio da Portaria n.º 424, de 19 de março de 2013, a organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foram redefinidas como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, desta forma, as diretrizes envolvem a investigação dos determinantes do excesso de peso, o diagnóstico nutricional da população para identificar casos de sobrepeso e obesidade, a formação e capacitação de profissionais de saúde na temática, a organização da oferta e articulação interdisciplinar e integral de cuidados e a garantia de financiamento adequado (BRASIL, 2013a).

Esta publicação foi complementada pela Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, que regulamenta o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo obeso, indica o tratamento cirúrgico da obesidade para as pessoas com obesidade grau III ($IMC = 40 \text{ kg/m}^2$) e obesidade grau II ($IMC = 35 \text{ kg/m}^2$) com comorbidades e reforça a articulação e integração da alta complexidade com os demais pontos da linha de cuidado e da rede de atenção à saúde, ou seja, trata da Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, estabelecendo regulamento técnico, normas e critérios (BRASIL, 2013b).

Os componentes da LCSO são a APS, a Atenção Especializada, e os Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos. As atribuições de cada um deles estão resumidas no Quadro 4 (BRASIL, 2013a).

Destaca-se que a RAS é ordenada pela APS por apresentar maior cobertura e contato mais próximo e direto com a população, já que é a porta de entrada oficial do SUS, consistindo, então, no primeiro contato com a atenção à saúde ao qual os usuários têm acesso, seja por meio da unidade de saúde (estrutura física), ou por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas visitas domiciliares de rotina, e, assim, faz com que seja a melhor estratégia para identificar as demandas de saúde de cada território e população (BRASIL, 2013a).

Quadro 4 – Atribuições dos componentes da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE	
Componente	Atribuições
Atenção Primária à Saúde (APS)	<p>Garantir acolhimento, diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional (VAN), monitoramento, classificação de risco, apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional, e ações articuladas de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade, interdisciplinares e transdisciplinares em saúde.</p> <p>Caso haja necessidade de ultrapassar a alçada deste nível de atenção à saúde (caso das pessoas que apresentam obesidade com comorbidades ou obesidade grau III), deve manter-se como coordenadora e reguladora do cuidado (referência e contrarreferência), corresponsabilizar-se junto a outros pontos de atenção e prestar acompanhamento multiprofissional no pós-operatório de cirurgia bariátrica.</p>
Atenção Especializada	<p>Dividida em ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A ambulatorial deve prestar apoio matricial à APS e, para as pessoas por ela encaminhadas, diagnóstico dos casos com indicação de bariátrica, assistência multiprofissional pré e pós-operatória, encaminhamento (referência) e o retorno dos casos de alta (contrarreferência) para a APS. - A hospitalar deve avaliar, organizar e priorizar os casos indicados para cirurgia bariátrica baseando-se nas comorbidades e/ou riscos associados, realizar tratamento cirúrgico da obesidade e consequentes cirurgia plástica reparadora e/ou assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória, além de retorno dos casos de alta (contrarreferência) para a Atenção Básica e/ou Ambulatorial, e informar os acompanhamentos aos municípios e às equipes de saúde. - A urgência e emergência deve acolher, avaliar riscos e vulnerabilidades, assistir e prestar o primeiro cuidado às pessoas em situação de urgência e emergência, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do excesso de peso e/ou do pós-operatório da cirurgia bariátrica.
Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos	Realizar exames complementares (tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento da obesidade), assistência farmacêutica (tanto ao tratamento clínico como ao pós-cirúrgico da obesidade), e o transporte sanitário eletivo e de urgência para as pessoas obesas (veículos adaptados, quando necessário).

Fonte: Adaptado de Brasil (2013a).

Lembrando que o atendimento à saúde não se resume apenas a consulta individual para diagnosticar e/ou tratar enfermidades, mas sim que engloba ações continuadas de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e recuperação e reabilitação de indivíduos e coletividades, de modo a minimizar ao máximo os danos e conservar a saúde. Tendo em vista a organização pautada nas necessidades dos usuários, a APS também deve ser a coordenadora do cuidado referente à atenção nutricional (BRASIL, 2013a; PINTO; HARTZ, 2020).

As ações relacionadas à atenção nutricional devem, então, ocorrer prioritariamente no âmbito da APS. Esta determinação revelou-se ainda mais acertada após informe técnico institucional da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), publicado no início do segundo milênio, no qual a APS, na época ainda denominada atenção básica, mostrou-se resolutiva em aproximadamente 85% das demandas de saúde da população, quando consideradas as unidades em pleno funcionamento, que seguiam o modelo de atendimento humanizado e oportuno. Importante salientar que tais ações de alimentação e nutrição devem ocorrer de modo integral, considerando a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar dos indivíduos e coletividades, e analisando a alimentação e a nutrição como determinantes de saúde, com articulação intra e intersectorial sempre que necessário (BRASIL, 2013a; “Programa Saúde da Família”, 2000).

Em Mato Grosso do Sul (MS), a Secretaria de Estado de Saúde (SES) confirmou que a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) deve ser uma das três linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, junto à oncologia e doença renal crônica, devido aos agravos provenientes de tais enfermidades serem os de maior magnitude no estado (ISSA, 2016). Contudo, os serviços de enfrentamento e controle da obesidade ainda não estão organizados e articulados para integrar a LCSO no MS, visto que esta ainda está em construção.

2.3.2 Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Em Campo Grande, capital de MS, o sobrepeso e a obesidade são as principais causas de procura por serviços de saúde no município, totalizando 17372 atendimentos no período de 2014 a 2015, últimos dados publicados pela Secretaria Municipal de Saúde Pública (CAMPO GRANDE, 2017).

Neste município, o Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), desenvolvido em parceria entre o Serviço de Vigilância das DANT e o Grupo Conductor Municipal da Rede de Doenças Crônicas, foi publicado por meio da Resolução Sesau

nº 732, de 10 de abril de 2023, engajando diferentes coordenações da SMS e parcerias intersetoriais para “estabelecer estratégias, indicadores e metas efetivas para o controle das DANT” (CAMPO GRANDE, 2023, p.1).

Tal Plano inclui doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias crônicas, neoplasias, diabetes mellitus e obesidade, mas não considera esta última como uma das principais DCNT em sua meta de reduzir a taxa de mortalidade entre a população de 30 a 69 anos de idade em 1% ao ano, entre 2023 e 2025. Elenca a inatividade física, a alimentação inadequada, o uso nocivo de álcool, o tabagismo, a violência interpessoal ou autoprovocada e os acidentes de trânsito como fatores de risco para DANT, abrangendo os quatro primeiros entre os alvos para prevenir e controlar as DANT, por meio da promoção de estratégias, políticas públicas de saúde e outras ações integrais, resolutivas, sustentáveis e baseadas em evidências (CAMPO GRANDE, 2023).

A estruturação do documento conta com três eixos, cada um com seu objetivo e estratégias para atingi-lo, sob forma de plano de ação, uma vez que apresenta os campos “Indicador”, “Meta”, “Metodologia de cálculo”, “Fonte de dados”, “Periodicidade” e “Responsáveis pelo monitoramento”, preenchidos de modo a nortear e operacionalizar o acompanhamento de cada estratégia (CAMPO GRANDE, 2023).

O Eixo I, de título Vigilância, informação, avaliação e monitoramento, possui nove estratégias, com vistas a alcançar o objetivo de “fortalecer a vigilância de DANT e de seus fatores de risco” (CAMPO GRANDE, 2023, p. 12).

O Eixo II, denominado Promoção da saúde e prevenção das DANT, apresenta o mesmo número de estratégias que o eixo anterior, mas neste caso com até seis indicadores, para “promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e controle das DANT e seus fatores de risco e fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos saudáveis de vida” (CAMPO GRANDE, 2023, 14).

E o Eixo III, intitulado Cuidado integral nas doenças de agravo não transmissíveis, que foi organizado em cinco estratégias, com até quatro indicadores, com o propósito de atuar no “fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT” (CAMPO GRANDE, 2023, p. 18).

O Quadro 5 contempla as estratégias do Plano de Enfrentamento das DANT mais voltadas à obesidade, em seus respectivos eixos.

Quadro 5 – Estratégias do Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis aplicáveis à obesidade, por eixo.

Eixo I – Estratégias para fortalecer a vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e de seus fatores de risco
Divulgar a análise dos inquéritos do perfil epidemiológico das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus principais fatores de proteção e de risco modificáveis (tabagismo, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável, inatividade física), na população de Campo Grande/MS, por meio de boletins epidemiológicos.
Realizar capacitações para aprimoramento do registro clínico referente às DCNT e seus fatores de risco e proteção dos dados nos sistemas de informação da Rede Municipal de Saúde Pública, lançados pelos profissionais de saúde atuantes em todas as fases do ciclo de vida da Atenção Primária em Saúde (APS).
Produzir relatórios relacionados a morbimortalidade pelas DCNT a partir dos sistemas de informação em saúde.
Eixo II – Estratégias para promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção, promoção e controle das DANT e seus fatores de risco e fortalecimento das articulações intra e intersetoriais, visando a promoção de estilos saudáveis de vida
Criar estratégia de comunicação com os temas de promoção da saúde, prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis.
Apoiar ações de promoção à saúde, prevenção e controle das DCNT com base no Calendário de Saúde, para a população de Campo Grande.
Realizar Seminário em DANT.
Promover a prática da alimentação saudável em todos os ciclos de vida.
Promover Ações em Saúde através de Campanhas relacionadas as doenças não transmissíveis.
Capacitar os profissionais da APS voltadas à atenção integral ao envelhecimento ativo.
Ampliar grupos de atividade física voltados para a população.
Eixo III – Estratégias para fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT
Implantar o serviço de matriciamento às Equipes da Atenção Primária à Saúde, para que as equipes utilizem as ferramentas da estratégia Gestão Clínica com enfoque no cuidado às pessoas com doenças crônicas e seus fatores de risco.
Promover a Integralidade do Cuidado com enfoque na Regulação Assistencial das especialidades e exames relacionados às DCNT.

Fonte: Adaptado de Campo Grande (2023).

2.4 A Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma política pública do SUS que visa à organização e à ampliação da APS, entendida como a porta de entrada do sistema de saúde e responsável pelo atendimento das necessidades mais comuns da população (BRASIL, 2017b). A PNAB estabelece diretrizes, objetivos, responsabilidades e estratégias para a APS, visando à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos, assim como seu diagnóstico, tratamento e reabilitação. Entre as suas principais diretrizes, destacam-se a territorialização, a responsabilização, a integralidade, a participação social e o trabalho em equipe (BRASIL, 2017b).

A PNAB é uma política em constante evolução, adaptando-se a cada nova demanda e desafio da saúde pública brasileira. Foi formalizada pela primeira vez por meio da publicação da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que reorganizou APS, incluindo a ampliação do escopo de serviços oferecidos e a expansão da equipe de Saúde da Família (eSF), quando o PSF se tornou ESF (BRASIL, 2006).

Com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB foi atualizada pela primeira vez, a partir da revisão das normas e diretrizes para a formação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na APS (BRASIL, 2012).

E, a partir da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, segunda atualização, a APS ficou estabelecida como a principal porta de entrada do SUS e enfatizou a importância da integralidade do cuidado à saúde, inclusive no caso de condições crônicas, prevenção de doenças e promoção da saúde. A nova PNAB também introduziu o conceito de “território” como espaço privilegiado de atuação da APS (BRASIL, 2017b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), a PNAB tem como principais objetivos: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade da atenção, a redução das desigualdades em saúde e o fortalecimento do SUS. Para atingir esses objetivos, a PNAB propõe a reorganização dos serviços de saúde em territórios, com a implantação das eSF e das equipes de Atenção Básica (eAB), bem como o fortalecimento da ESF como modelo prioritário de organização da APS.

A ESF é um modelo de atenção primária centrado na população do território ao qual ela é adscrita, em que as equipes de saúde trabalham em estreita colaboração com as famílias e a comunidade local, para fornecer cuidados de saúde abrangentes, incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012).

Embora a PNAB tenha proporcionado melhorias na organização da APS no SUS, existem problemas significativos a serem enfrentados para garantir que esta seja verdadeiramente acessível e de qualidade para toda a população brasileira. Entre os desafios mais urgentes estão a expansão da cobertura da ESF, a melhoria da infraestrutura de saúde básica e a capacitação e valorização dos profissionais de saúde.

2.5 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição

O ano de 1999 foi um marco histórico para a saúde dos brasileiros, pois, por intermédio da Portaria nº 710/GM, foi implantada a PNAN, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa melhorar a qualidade da alimentação e nutrição da população brasileira, prevenir agravos relacionados à má alimentação e à desnutrição, ao respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à saúde, à alimentação e à nutrição adequadas (BRASIL, 2013c).

Para tanto, a política pública de saúde em questão apresentava sete diretrizes, a saber (BRASIL, 2008):

- 1) estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- 2) garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- 3) monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- 4) promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- 5) prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
- 6) promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e
- 7) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Contudo, seu potencial ficou limitado, pois nesta época o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea) estava extinto, e, com o Programa Comunidade Solidária em seu lugar, a (SAN perdeu seu posto entre as estratégias governamentais e foi aos poucos disseminada em meio às políticas públicas do país. Além do Consea, também estavam extintos o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a Superintendência Nacional de Abastecimento (Sunab) (ALVES, 2019; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1996; MATTOS, 2021).

A partir do biênio 2003 e 2004, a SAN alcançou destaque na agenda, o Consea ressurgiu e foi fortalecido enquanto instituição intersetorial e participativa, criando-se, em 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) e, em 2010, e com isso,

incorporou-se na constituição federal que a alimentação adequada é um direito humano garantido por lei no Brasil (MATTOS, 2021).

Em virtude destes avanços no contexto político e social, a PNAN não poderia permanecer estática, então foi publicada a Portaria n.º 2.715, de 17 de novembro de 2011, a partir da qual a PNAN foi atualizada e, para haver melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, ficou determinado que todos os órgãos e entidades do Ministério da Saúde envolvidos com o tema da alimentação e nutrição devem promover a construção ou atualização de seus planos, programas, projetos e demais ações. Assim como a responsabilidade da PNAN, em orientar a elaboração de políticas e programas relacionados à alimentação e nutrição, se estende a outros setores, como a educação, a agricultura e o meio ambiente (BRASIL, 2011, 2013).

A portaria em questão apenas oficializou todo o processo de atualização da PNAN, que foi instaurado no começo do ano de 2010, e, em vistas de considerar toda a diversidade do país e a área da alimentação e nutrição em sua integralidade, contou com a participação de todos os estados brasileiros, por intermédio de gestores e profissionais de saúde, usuários do SUS, entidades, delegados estaduais, palestrantes e convidados envolvidos com a temática alimentar e nutricional (ALVES; JAIME, 2014; COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2010; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012; JAIME *et al.*, 2018; PINHEIRO; CARVALHO, 2008; PINHEIRO, 2009; PINHEIRO; CARVALHO, 2010; RECINE; VASCONCELLOS, 2011; SANTOS *et al.*, 2021a; VASCONCELOS *et al.*, 2019; VASCONCELOS, 2005).

Este caminho percorrido pela PNAN foi recapitulado e celebrado por meio de uma edição especial de Cadernos de Saúde Pública, publicada no ano de 2021, e cujo parágrafo transcrito a seguir traduz substancialmente:

Nesses 20 anos de existência, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) se constituiu como fio condutor das ações de alimentação e nutrição no Brasil, norteando as práticas alimentares saudáveis e contribuindo para a construção das políticas voltadas à garantia de direito humano à alimentação adequada (DHAA), processo protagonizado pela ação da sociedade civil, que assumiu espaço na agenda governamental. A existência de uma política nacional de alimentação e nutrição com um arcabouço teórico atualizado e consistente, definição de diretrizes estratégicas e atribuições entre atores envolvidos, e financiamento próprio, possibilitou avanços para a organização das ações de alimentação e nutrição no setor saúde (FAGUNDES; DAMIÃO; RIBEIRO, 2021, p. S35).

Além da proposta de garantir o DHAA e à saúde, de modo congruente aos princípios doutrinários e organizativos do SUS supracitados, a atualização trouxe novas recomendações e intencionalidades, de modo que abrangeu mais cinco princípios norteadores, a saber: 1) a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; 2) o respeito à diversidade

e à cultura alimentar; 3) o fortalecimento da autonomia dos indivíduos; 4) a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; 5) a SAN com soberania (ALVES, 2019; ALVES *et al.*, 2021; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012; SANTOS, 2014; SANTOS *et al.*, 2021a).

Dentre as ações prioritárias da PNAN, destacam-se a promoção do aleitamento materno, a alimentação complementar adequada, a redução do consumo de alimentos ultraprocessados, a prevenção da obesidade, o incentivo à agricultura familiar e a promoção da segurança alimentar e nutricional. A implementação da PNAN é de responsabilidade de diversos setores, incluindo o Ministério da Saúde, os governos estaduais e municipais, os conselhos de alimentação e nutrição, as universidades, os profissionais de saúde, os agricultores familiares e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2013c).

Sobre a evolução da PNAN, Mattos (2021) destaca a importância da alimentação e nutrição para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Ele argumenta que, embora a Constituição Federal de 1988 tenha consagrado o direito à alimentação como um direito humano fundamental, a implementação de políticas públicas para garantir esse direito tem sido insuficiente.

Tal perspectiva aponta que a história das políticas de alimentação e nutrição, no Brasil, é marcada por mudanças significativas, que refletem tanto a evolução do conhecimento científico sobre nutrição quanto as mudanças políticas e econômicas do país. Em conclusão, é apresentada uma análise abrangente e crítica das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, destacando a importância delas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (MATTOS, 2021).

Mattos (2021) enfatiza a necessidade de um compromisso político mais forte com a garantia do direito à alimentação adequada e saudável para todos os brasileiros, especialmente para os mais vulneráveis.

Ainda em relação à avaliação dos avanços da PNAN em pouco mais de 20 anos de publicação da mesma, Santos e colaboradores (2021) destacam que é necessário enxergá-la a partir de seus aspectos teóricos e metodológicos, para que continue avançando. A culminância do primeiro texto da PNAN, juntamente com o esforço nacional de vários setores da sociedade para colocá-la em prática, perpassou por um modelo teórico de ciclo de políticas públicas, que deveria ser adotado no estudo da PNAN (BAPTISTA; REZENDE, 2015; BORTOLINI *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021), e que abrange cinco fases: 1) percepção e definição de problemas; 2) formação de agenda; 3) formulação da política e tomada de decisões; 4) implementação; e 5) monitoramento e avaliação.

Outro ponto da atualização da PNAN, que reafirmou o compromisso com a garantia do direito à saúde e à alimentação, coordenando com o SUS e seus princípios doutrinários e organizativos, foi a evolução de suas diretrizes, que eram sete e atualmente são nove (BRASIL, 2013c; PEREIRA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2021), conforme ilustrado na Figura 2. De maneira mais direcionada, as diretrizes da PNAN fortemente relacionadas com o tema da presente tese, ou seja, mais íntimas ao processo de gestão das ações de alimentação e nutrição, estão comentadas mais adiante.

Com as novas diretrizes da PNAN, reforçou-se seu propósito em ações intersetoriais para SAN, centralizando seu andamento no setor da saúde, com grandes avanços em relação à gestão de ações de alimentação e nutrição e garantia dos princípios do DHAA. Destaca-se, ainda, que a implementação da PNAN levou ao fortalecimento das ações promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), com a instalação de diretrizes via Guias Alimentares, construção de agendas regulatórias e fomento à pesquisa em alimentação e nutrição no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2021).

Em contrapartida ainda existem problemas em relação à sua implementação em relação à financiamento, cobertura e enfrentamento da carga de má nutrição nas ações de alimentação e nutrição na população. E a falta de um sistema que consiga avaliar a PNAN, em relação ao alcance de suas diretrizes, dificulta seu monitoramento e avaliação (SANTOS *et al.*, 2021).

Criticamente, são necessárias reflexões sobre a PNAN, seus avanços e desafios de maneira contínua, a fim de fortalecer o SUS e as políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição no Brasil, pois ainda há muito o que avançar frente à carga de má nutrição no país. Lembrando que a PNAN é uma política transversal a várias áreas da sociedade e possui a necessidade de fomentar SAN em território nacional (ALVES *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021a).

Isto posto, é preciso defender a sustentabilidade institucional dessa política, de maneira que esta possa ser constantemente avaliada, monitorada e atualizada, através do ciclo de avaliações de políticas públicas, para garantir o avanço da mesma (ALVES *et al.*, 2021).

Figura 2 - Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição após primeira atualização.



Fonte: As autoras, adaptado de Brasil (2013).

2.5.1 Organização da Atenção Nutricional e Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

Conforme as diretrizes da PNAN, a área de alimentação e nutrição deve priorizar alguns temas específicos, como a organização da atenção nutricional, a promoção da alimentação saudável, a cooperação e articulação para a SAN, e a qualificação da força de trabalho dos profissionais e equipes (BRASIL, 2009, 2013).

A primeira diretriz da PNAN, Organização da Atenção Nutricional, estrutura, conecta e engloba da segunda à oitava diretriz. Então, com vistas a organizar a Atenção Nutricional e aproximá-la do que está previsto na PNAN, equipes multiprofissionais contendo profissionais da área de alimentação e nutrição deverão apoiar as equipes de referência, com apoio matricial e clínica ampliada, como ocorre com o NASF-AB, para qualificá-las ao desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição integrais de acordo com cada núcleo de competências (BRASIL, 2009, 2013).

Assim como as articulações intrasetoriais, as intersetoriais também são de grande relevância sob olhar da PNAN, sendo estas de responsabilidade do gestor e/ou equipe de gestão, que podem, por exemplo, conformar a ATAN, que ficaria, então, como responsável pela gestão de todos os programas e ações de alimentação e nutrição, bem como pela adequação destas às singularidades locais, seja em âmbito municipal, estadual ou regional (BRASIL, 2009, 2013).

Como os municípios de MS são o foco deste estudo, as responsabilidades das SMS referentes à PNAN foram dispostas no Quadro 6.

Quadro 6 - Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Responsabilidades dos gestores de saúde	
Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade.	Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.
Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde.	Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde.
Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde.	Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município.
Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e a articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.	Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

Fonte: BRASIL (2013).

Para atingir os objetivos da PNAN, é necessário que haja comprometimento dos gestores de saúde no que tange suas atribuições, bem como articulação entre as três esferas de governo, ou seja, a gestão no âmbito do Ministério da Saúde e no das secretarias de saúde a nível estadual e municipal, ou distrital, devem realizar seus trabalhos de modo articulado (BRASIL, 2013c).

A composição das equipes de gestão e/ou ATAN deve ser diversificada em relação às formações, bem como as ações de alimentação e nutrição devem envolver todo o território que abrange atenção nutricional. Ao instituí-las, é necessário considerar as questões enfrentadas pela alimentação e nutrição nas últimas décadas, com grandes transformações políticas, econômicas, sociais e ambientais que provocaram modificações no padrão de consumo alimentar e, conseqüentemente, na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2013c; JAIME *et al*, 2018).

2.5.2 Vigilância Alimentar e Nutricional

A VAN é constituída de diversas ações voltadas para a promoção e proteção da saúde da população, por meio da identificação e prevenção de problemas relacionados à alimentação e nutrição. No Brasil, a PNAN estabelece as diretrizes para a organização da VAN no país (BRASIL, 2013c) e a define como:

Um conjunto de ações que permitem conhecer e monitorar as condições de alimentação e nutrição da população, bem como os fatores que as determinam e condicionam, com vistas a identificar problemas e necessidades, subsidiar o planejamento e a implementação de ações e programas, avaliar o impacto das intervenções e monitorar a situação nutricional (BRASIL, 2013c, p. 44).

Dentre as ações da VAN, destacam-se a avaliação do estado nutricional da população, o monitoramento do consumo alimentar e estado nutricional, bem como identificação de pontos de proposição de implementação de ações e programas voltados para a promoção da alimentação saudável e prevenção de doenças, entre outras (BRASIL, 2008b).

Esta diretriz é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, além de ser um importante instrumento para o monitoramento e avaliação das políticas e programas voltados para a área. A PNAN estabelece que a VAN deve ser realizada de forma integrada com outras políticas e programas de saúde e nutrição, como a APS, o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Bolsa Família (PBF), entre outros (BRASIL, 2013c; CAMPOS; FONSECA, 2021).

No entanto, ainda existem desafios na organização da VAN no Brasil, como a falta de recursos humanos e financeiros para a implementação das ações, a falta de integração entre as políticas e programas de saúde e nutrição, a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde, entre outros (CAMPOS; FONSECA, 2021).

Ressalta-se que a VAN é fundamental para o monitoramento da situação nutricional da população brasileira, bem como para a implementação de políticas e programas de promoção da alimentação saudável e prevenção de doenças relacionadas à nutrição. É necessário que haja

investimentos na organização da VAN, com ações integradas e articuladas entre as diferentes políticas e programas de saúde e nutrição, para que seja possível oferecer um cuidado integral e de qualidade à população brasileira (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2008b; CAMPOS; FONSECA, 2021).

2.5.3 Qualificação da Força de Trabalho

A sexta diretriz da PNAN, Qualificação da Força de Trabalho, é essencial para o enfrentamento da obesidade e outros problemas e agravos de cunho alimentar e nutricional, e deve envolver a qualificação de gestores e de todos os profissionais de saúde para estarem aptos a lidar com implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição, Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e SAN (BRASIL, 2013c; JAIME *et al*, 2018).

Tendo em vista a importância desta diretriz e da produção de evidências científicas em atenção nutricional, acerca dos vários fatores envolvidos na gestão, organização, processo de trabalho e cuidado ao usuário, para a estruturação de bons programas de educação relativa ao serviço de saúde, para aliar a formação técnica e acadêmica ao contexto complexo do SUS (CARVALHO, 2021), a CGAN investiu nas estratégias descritas no trecho transcrito a seguir (CARVALHO, 2021, p. S32):

No período 2015-2019, foram ampliadas as parcerias com Instituições de Educação Superior (IES), de natureza pública, financiadas por Cartas-Acordo ou Termos de Execução Descentralizada. Em 2018, a CGAN, para alavancar o processo de formação, inovou ao lançar Chamadas Públicas, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), direcionadas a essas IES, visando a selecionar projetos de formação/pesquisa/extensão, para a prevenção e o controle da obesidade na APS (COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2018). Ainda que não haja resultados dos projetos habilitados nessas Chamadas, pois estão em andamento, a tendência é de permanência dessa modalidade entre as estratégias para avançar na formação de gestores/profissionais da alimentação e nutrição no SUS, com ênfase na APS (COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2018a; 2018b).

O presente estudo é um dos resultados desta demanda da CGAN, por intermédio de uma das Chamadas supracitadas. Bem como o grupo de pesquisa que engloba a tese foi originado de duas destas Chamadas Públicas, conforme descrito no item 2.6.

2.5.4 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

A PNAN define os objetivos, diretrizes e estratégias para a promoção da alimentação saudável e da segurança alimentar e nutricional da população brasileira. Entre suas diretrizes,

destaca-se a pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição, que busca fortalecer a produção e disseminação do conhecimento científico em alimentação e nutrição, o que significa que o desenvolvimento de novas tecnologias, metodologias e estudos científicos são fundamentais para aprimorar a política e as práticas de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013c).

A pesquisa em alimentação e nutrição é fundamental para subsidiar a tomada de decisão em políticas públicas e orientar as práticas de alimentação e nutrição na população. Segundo a PNAN, a pesquisa em alimentação e nutrição deve considerar as especificidades regionais e culturais do país, além de abranger diferentes áreas do conhecimento, como a epidemiologia, a nutrição clínica, a tecnologia de alimentos e a sociologia da alimentação (CARVALHO, 2021; SANTOS *et al.*, 2021, MATTOS, 2021).

Além disso, o conhecimento em alimentação e nutrição é essencial à PAAS e à SAN. A PNAN prevê a disseminação do conhecimento científico em alimentação e nutrição para diferentes públicos, como profissionais de saúde, gestores públicos, educadores e a população em geral. A divulgação de informações científicas sobre alimentação e nutrição pode contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis e para a prevenção de doenças relacionadas à alimentação (JAIME *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2021b).

A diretriz da pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição da PNAN está em linha com a importância que a alimentação e a nutrição têm para a saúde e a qualidade de vida da população. A produção e disseminação do conhecimento científico nesta temática são fundamentais para aprimorar as políticas e práticas de alimentação e nutrição no país.

2.6 Das Chamadas Públicas ao grupo de pesquisa

Em agosto de 2018, foi lançada a chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN n.º 26/2018, sob título “Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS”, oportunizando a participação de 26 estados brasileiros e o DF, com total de dez milhões de reais em recursos investidos entre bolsas e custeio. Nesta ocasião, a proposta coordenada pela professora Camila Mazzeti da UFMS e intitulada “Rede ECO-AB – Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica no estado do Mato Grosso do Sul” foi aprovada. O projeto integrou e as 11 microrregiões de saúde do estado do MS e incluiu parceria entre docentes, discentes e diversas instituições.

A execução da proposta da Rede ECO-AB foi realizada pela UFMS com colaboração da Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN) da SES de MS, da Universidade

Federal da Grande Dourados (UFGD), e da Faculdade Campo Grande (FCG) com início no ano de 2019. O objetivo da proposta foi desenvolver uma rede de enfrentamento e controle da obesidade que englobasse educação continuada e pesquisa para vigilância e monitoramento no território da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Mato Grosso do Sul (MS) em relação à situação do excesso de peso.

O aspecto de educação continuada consistiu em cursos de aperfeiçoamento na modalidade de Educação à Distância (EaD), gratuitos, com plataforma digital interativa, que contaram com participação e apoio de nutricionistas, docentes, profissionais de tecnologia da informação e profissional de comunicação, além das diversas categorias profissionais representadas pelo público ao qual os cursos se destinam, mais especificamente gestores e profissionais da APS, e integraram as 11 microrregiões de saúde de MS, para tornar a difusão das estratégias de enfrentamento da obesidade capilar e interdisciplinar na APS.

Tal difusão, a princípio restrita ao estado, provavelmente não tardará em ser expandida a outros estados brasileiros. Os cursos em EaD desenvolvidos pela iniciativa da Rede ECO-AB podem ser acessados e cursados por meio da plataforma Moodle da Secretaria de Estado de Saúde: <https://ead.saude.ms.gov.br/>.

Em 2023 será lançado um minicurso em EaD para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), autoinstrucional, sobre Sisvan e carga de má nutrição no SUS, que também será disponibilizado por meio da plataforma Moodle SES/MS para todo o Brasil.

O eixo pesquisa da proposta consistiu em estudos de dissertações de mestrado e tese de doutorado que englobam três frentes principais ainda em andamento no ano de 2023: 1) Avaliação da Atenção Nutricional no MS; 2) Prontidão para atendimento de VAN em Campo Grande; 3) Diagnóstico da atenção ao usuário com obesidade no estado.

Para o presente estudo de doutorado, o escopo corresponde à primeira frente, atendida pela Rede ECO-AB com auxílio de dois questionários do Ministério da Saúde: um voltado para profissionais de saúde que atuam no manejo da obesidade na APS; e outro para gestores (instrumento de coleta deste estudo). O primeiro artigo elaborado com base nos dados da tese foi aceito em revista de classificação A1 no Qualis/CAPES (APÊNDICE A).

De modo a dar continuidade ao trabalho e ampliar o potencial de capacitação e pesquisa na APS e no SUS, principalmente no que tange o excesso de peso e seus efeitos na saúde, nova proposta foi formulada para a chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS n.º 28/2020 – Pesquisa em doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados. Coordenada pela professora Bruna Paola Murino Rafacho, pesquisadora parceira da Rede ECO-AB, a proposta intitulada “Estratégia de formação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Cuidado das

Condições Crônicas em Campo Grande/MS” foi aprovada com execução pela UFMS, em colaboração com a GEAN e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (Sesau), com início no ano de 2021.

Devido à complementaridade dos temas, houve fusão das propostas supracitadas, dando origem ao grupo de pesquisa Observatório de Condições Crônicas e Alimentação de Mato Grosso do Sul (OCCA), coordenado pelas professoras Camila e Bruna, e que abrange fomento de ações de educação continuada no mesmo formato da anterior Rede ECO-AB, mas com maior escopo ao englobar o manejo de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) tipo II.

Os esforços de formação transcenderam as propostas das chamadas públicas, e foram englobados à academia, no curso de nutrição da UFMS, por meio de uma disciplina chamada “Tópicos em obesidade”, oferecida pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (Facfan). A disciplina oportunizou a participação de vários cursos da área da saúde, para capacitar alunos de graduação em relação ao manejo do excesso de peso e das doenças crônicas.

O eixo pesquisa do grupo OCCA também foi ampliado e atualmente abrange estudos de iniciação científica, dissertações de mestrado e teses de doutorado sobre diversas temáticas, a saber: 1) Avaliação da Atenção Nutricional no MS por meio de análises que incluem *machine learning*; 2) Análise dos indicadores de VAN na APS de Mato Grosso do Sul; 3) Prontidão para atendimento de VAN em Campo Grande; 4) Diagnóstico da atenção ao usuário com obesidade no estado; 5) Construção e validação de aplicativos de educação em saúde; 6) Diagnóstico da condição de trabalho, conhecimento e barreiras para o trabalho da APS para profissionais e gestores; 7) Subsídio para construção da Linha de Cuidado de sobrepeso e obesidade (LCSO) do estado de Mato Grosso do Sul; 8) Estudo da Taxa Metabólica Basal (TMB) e seus determinantes, composição corporal e equações de predição; 9) Impacto dos cursos de formação continuada de hipertensão e diabetes na APS em Campo Grande.

Em 2023, o grupo também se prepara para atuar em âmbito do território nacional, em parceria com o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), por meio de uma carta acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para fomento de VAN em território nacional.

Os trabalhos do grupo estão disponíveis nas redes sociais (@occa.ms) e no site institucional www.occa.ufms.br. Também é importante frisar que os materiais do grupo ficam disponíveis via site da área de nutrição da SES/MS, em fortalecimento da parceria ensino-

serviço criada por meio de acordos de cooperação, podendo ser acessados em: <https://nutricao.saude.ms.gov.br/>.

Para melhor contextualizar a relação entre o estudo que originou esta tese, sua autora, os quatro anos durante os quais cursou o doutorado, o grupo de pesquisa em que esteve inserida, e seus frutos, os pontos e acontecimentos mais relevantes dos bastidores (APÊNDICE C) foram descritos para aproximar os leitores do cenário por trás da tese.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a organização da gestão da atenção nutricional na APS no estado de Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a organização da gestão de ações, políticas e programas de alimentação e nutrição no âmbito da APS em MS;
- b) Analisar as diferenças de organização da gestão das ações, políticas e programas de alimentação e nutrição, no âmbito da APS, entre municípios com e sem ATAN em MS;
- c) Descrever os processos decisórios da gestão de ações, políticas e programas de alimentação e nutrição no âmbito da APS em MS.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa está inserido no projeto guarda-chuva “Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica no estado do Mato Grosso do Sul (Rede ECO-AB)”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) para apreciação, por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer de número 3.981.748 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE: 20532419.0.0000.0021).

O presente projeto, em específico, ficou responsável por analisar a parte do estudo referente à organização da gestão da área de alimentação e nutrição de cada município de MS. Na coleta de dados, esses gestores municipais foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pertinente a essa etapa da pesquisa, antes da participação na mesma (ANEXO A). A guarda dos dados obedeceu a todos os protocolos éticos contido na RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Na análise de dados à identificação do respondente foi previamente codificada para garantir o anonimato dos participantes.

4.2 Tipo e local da pesquisa

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e com base em dados primários oriundos de questionário elaborado em parceria entre o Ministério da Saúde e IES. A abordagem quantitativa foi escolhida visando neutralidade, objetividade, padronização e precisão das análises (MINAYO; GOMES, 2009).

A pesquisa foi realizada nos 79 municípios de MS, conforme descrito no quadro 7, de acordo com o porte populacional.

Quadro 7 - Divisão por porte populacional dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2023.

Porte (população)	Município	
Capital	Campo Grande	
Porte B (Acima de 150 mil)	Dourados	
Porte C (De 30 mil a 150 mil)	Amambai	Nova Andradina
	Aquidauana	Paranaíba
	Corumbá	Ponta Porã
	Coxim	Rio Brillhante
	Maracaju	Sidrolândia
	Naviraí	Três Lagoas
Porte D (Abaixo de 30 mil)	Água Clara	Itaquiraí
	Alcinópolis	Ivinhema
	Anastácio	Japorã
	Anaurilândia	Jaraguari
	Angélica	Jardim
	Antônio João	Jateí
	Aparecida Do Taboado	Juti
	Aral Moreira	Ladário
	Bandeirantes	Laguna Carapã
	Bataguassu	Maracajú
	Batayporã	Miranda
	Bela Vista	Mundo Novo
	Bodoquena	Naviraí
	Bonito	Nioaque
	Brasilândia	Nova Alvorada Do Sul
	Caarapó	Novo Horizonte Do Sul
	Camapuã	Paraiso Das Águas
	Caracol	Paranhos
	Cassilândia	Pedro Gomes
	Chapadão Do Sul	Porto Murtinho
	Corguinho	Ribas Do Rio Pardo
	Costa Rica	Rio Negro
	Deodópolis	Rio Verde De Mato Grosso
	Dois Irmãos Do Buriti	Rochedo
	Douradina	Santa Rita Do Pardo
	Eldorado	São Gabriel Do Oeste
	Fátima Do Sul	Selvíria
	Figueirão	Sete Quedas
	Glória De Dourados	Sonora
	Guia Lopes Da Laguna	Tacuru
	Iguatemi	Taquarussu
	Inocência	Terenos
Itaporã	Vicentina	

4.3 Participantes da pesquisa

Os critérios estabelecidos na Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN no 26/2018, órgão financiador da Rede ECO-AB, determinavam que a amostra deveria ser calculada a partir do plano de amostragem aleatória simples considerando a margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%. A fórmula utilizada considerou o esquema para determinar o tamanho da amostra com base numa população finita, visando estimar proporções populacionais, conforme a fórmula expressa a seguir (BOLFARINE, 2005):

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

n = tamanho amostral; N = tamanho da população; \hat{p} = proporção populacional a ser estimada; \hat{q} = proporção populacional complementar; $Z_{\alpha/2}$ = Nível de confiança; E = Margem de erro.
Fonte: BOLFARINE (2005).

Desta forma, a amostra calculada foi de 75 dos 79 municípios de MS. Porém, o número foi extrapolado visto que todos os 79 municípios concordaram em participar do estudo em pactuação em CIB, conforme pode ser observado ao acessar a pasta de título “Termos de Adesão - Municípios” disponível no Google Drive por meio do link a seguir: <https://drive.google.com/drive/folders/1pwZZzPglTHSvd24G7ZerSPjwcFHsQL8q>.

Para tanto, foi considerado um gestor por município para responder por ações e programas de alimentação e nutrição no SUS. Considerando que a indicação dos participantes ficou a cargo das próprias SMS, foi solicitado que estas os selecionassem segundo a ordem de preferência:

- 1) gestor da área de Alimentação e Nutrição;
- 2) gestor da APS, e;
- 3) Secretário Municipal de Saúde.

Esta ordem foi determinada devido à maior proximidade do gestor da área de alimentação e nutrição com a pauta do questionário, mas tomando o devido cuidado para não excluir os municípios que não apresentam este cargo e/ou função na SMS.

Assim, o estudo foi composto pelos respondentes do questionário referente à gestão da atenção nutricional no âmbito da APS nos municípios de MS, que incluiu 79 indivíduos (universo do estado).

No processo de preenchimento dos questionários é importante ressaltar que o município de Coronel Sapucaia não preencheu o questionário na íntegra, portanto, para a maioria das perguntas foram considerados os demais 78 municípios, ou seja, o universo com baixa perda de seguimento para finalização das análises do estudo (o fato será apontado no rodapé das tabelas na sessão de resultados).

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

O questionário “Diagnóstico da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios” (ANEXO A) foi desenvolvido a partir da parceria entre IES (Universidade Federal de Lavras, Universidade Federal do Piauí, UFGD, UFMS, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal de Santa Catarina), com a supervisão da CGAN e analisado por todos os pesquisadores contemplados pela chamada pública supracitada, em seus respectivos estados, com vistas a retratar a atual situação em que se encontra a implementação da PNAN nos municípios e estados brasileiros.

Este instrumento teoricamente contém 82 questões, porém como a primeira consiste na concordância em participar da pesquisa e a segunda apenas na confirmação do estado onde o respondente atua, na prática, somam 80 questões a serem de fato analisadas e estão divididas em cinco blocos: Bloco A - identificação do município; Bloco B - identificação do respondente; Bloco C - arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição; Bloco D - Gestão Orçamentária/Financeira, e; Bloco E - Educação Permanente. A descrição de todas as perguntas coletadas, e como as mesmas foram categorizadas, pode ser conferida no ANEXO B.

A aplicação do questionário aconteceu de maneira online, ocorreu durante a pandemia de Covid-19 (*Corona Virus Disease*, traduzida em português como doença do coronavírus, de 2019), mais especificamente entre os meses de outubro e dezembro do ano de 2020, quando a incidência desta doença voltava a ser crescente no estado, o que dificultou a adesão ao estudo exigindo extensão do período de coleta, que inicialmente seria de 30 dias. Os questionários foram enviados com o auxílio da Gerência de Alimentação e Nutrição (GEAN), às referências da APS de cada município por meio de ofício eletrônico, convocando os mesmos a responder a demanda de acordo com o pactuado em CIB.

A partir disso, o link de acesso ao questionário foi enviado via e-mail às coordenações municipais, de APS e/ou de Alimentação e Nutrição, com o prazo de até 15 dias para finalizar o preenchimento, podendo este se dar conforme disponibilidade de horário do respondente,

desde que utilizado o mesmo equipamento eletrônico para acessá-lo. Para os municípios que perderam o prazo, foram realizadas ligações telefônicas para lembrar os coordenadores de responder o questionário. O conjunto de estratégias empregado mostrou-se fundamental para alcançar o universo amostral do estado.

A coleta foi realizada com auxílio da ferramenta *SurveyMonkey*® administrada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que centralizou a coleta de dados e disponibilização de questionários, para garantir que a coleta acontecesse da mesma maneira em todo território nacional. Porém a UFSC não foi responsável pela guarda final dos dados, sendo que cada projeto mandou sua amostra probabilística calculada, bem como seu TCLE, uma vez que cada pesquisa teve sua apreciação estadual por um comitê de ética local. A coleta foi centralizada pela UFSC apenas para se garantir uniformidade na coleta dos dados, porém cada estado fez o esforço de divulgar e aplicar seus questionários. Com isso, o banco foi gerado e codificado pela equipe da UFSC, e os dados foram entregues à Rede ECO-AB de maneira padronizada com os outros projetos no país, para realizar o diagnóstico da organização da gestão da atenção nutricional no âmbito da APS no estado de MS.

4.5 Tabulação e análise dos dados

Após a codificação do banco de dados pela UFSC, para análise do grupo da Rede ECO-AB, a fim de organizar o banco de dados para as análises de interesse, as respostas de cada um dos 79 municípios sul-mato-grossenses foram transformadas, conforme a necessidade de cada informação armazenada, em unidades contínuas e categóricas. Neste caso, categorizados em municípios onde existe ATAN e municípios onde não existe ATAN instituída no organograma da SMS. E, como o destaque deste estudo foi atribuído às árvores de decisão, cujo algoritmo apenas aceita desfechos binários para a análise (como respostas do tipo “sim” e “não”, por exemplo), nos casos em que o gestor respondente afirmou não saber da existência de uma ATAN no município, considerou-se, então, que este não apresentava ATAN no organograma da SMS. O mesmo foi feito, para quando se perguntou se existia um gestor formalmente indicado para ações de alimentação e nutrição, quando o respondente afirmou não saber dessa informação, considerou-se que o município não tinha essa indicação formal.

A técnica conhecida como *Árvore de Decisão* foi selecionada por ser amplamente utilizada em sistemas de tomada de decisão empresariais e recentemente vem sendo aplicados à saúde, tendo em vista o seu rápido aprendizado de conceitos e facilidade de implementação (FUNCHAL; ADANATTI, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2014). A análise foi escolhida por ser

uma técnica gráfica, onde há um desenho da análise dos pontos críticos (nós) da tomada de decisão, e essa técnica pode facilitar a apresentação dos resultados à CIB e em publicações científicas para a área de gestão em saúde.

A análise geral se deu por meio de medidas de frequência relativa e absoluta, média e dispersão, com auxílio do *software* R Studio 1.4.1717[®]. Para análise entre os municípios divididos em dois grupos, com e sem ATAN, conduziu-se o teste de *qui-quadrado* e o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Quando existiam caselas do teste com valor zero, o mesmo não foi performado por questões de limitação da interpretação do mesmo. Os valores do teste não foram apresentados nas tabelas do estudo, apenas os *p* valores obtidos.

Como foi coletado um volume considerável de dados, resolveu-se performar duas árvores de decisão dividindo-se as perguntas por campos críticos da avaliação das ações de alimentação e nutrição.

A primeira árvore buscou analisar a influência da existência de um RT formalmente indicado (como questão norteadora) para área de alimentação e nutrição nos municípios, para a caracterização da área, bem como sua participação no organograma da prefeitura e sua influência para gerar ações como protocolos (governança) e uso de recursos para alimentação e nutrição.

A segunda avaliou da ótica de se ter ATAN ou não no município (como questão norteadora) sob a relação com as referências nacional e estadual, uso dos sistemas de informação de saúde, articulação intersetorial e formação continuada em saúde.

Para planejamento e condução da análise de árvore de decisão agrupou-se as variáveis de acordo com a qualidade da informação do questionário (perguntas de sim e não, e perguntas com menores taxas de abstenção de resposta pelo não “Não sei”) e, a partir das variáveis consideradas relevantes e estatisticamente significativas (Modelos Lineares Generalizados), construiu-se duas árvores de decisão.

A condução dessa análise foi performada pelo pacote *rpart* do *software* R Studio 1.4.1717[®]. e a lista de variáveis utilizadas na árvore 1 pode ser observada no Quadro 8 e, da árvore 2, no Quadro 9.

Árvore 1: Questão norteadora → “Existe um responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na Secretaria Municipal de Saúde?”

Árvore 2: Questão norteadora → “Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável por todos os programas da área de alimentação e nutrição, na Secretaria Municipal de Saúde?”

Quadro 8 - Variáveis utilizadas no algoritmo de Árvore de Decisão para a questão norteadora sobre “Responsável Técnico”, Mato Grosso do Sul, 2022.

Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Categorias	
			Código	Descrição
SEXO		Sexo/gênero	1	Masculino
			2	Feminino
PROFISSÃO		Formação básica	1	Nutrição
			2	Farmácia
			3	Medicina
			4	Enfermagem
			5	Odontologia
			6	Assistência Social
			7	Técnico de Nutrição e Dietética
			8	Técnico de Enfermagem
CARGO		Cargo ou função atual	1	Secretário(a) municipal de saúde
			2	Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município
			3	Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde
			4	Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município
VÍNCULO			1	CLT (carteira de trabalho assinada)
			2	Servidor público municipal
			3	Servidor público estadual
			4	Contrato temporário por serviço público de saúde
			5	Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde
			6	Contrato temporário por Organização Social (OS)
			7	Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS)
			8	Outro
G1		Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição, na Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G1.1		A Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) está presente	1	Sim, com cargo remunerado
			2	Sim, com cargo sem remuneração
			3	Não está no organograma
			9997	Não sei

		no organograma da Secretaria Municipal de Saúde?	998	Não se aplica
G2.1		Qual a formação do responsável técnico da área de alimentação e nutrição?	1	Nutricionista
			2	Farmacêutico
			3	Médico
			4	Enfermeiro
			5	Odontólogo
			6	Assistente Social
			7	Técnico de Nutrição e Dietética
			8	Técnico de Enfermagem
			9997	Não sei
G3.1	G3 – Indique o número de profissionais que compõem a equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, segundo a formação. No caso de a equipe não incluir uma das categorias de profissionais, preencha com zero (0):	Assistente Social		Número de profissionais
G3.2		Enfermeira(o)		Número de profissionais
G3.3		Farmacêutica(o)		Número de profissionais
G3.4		Fisioterapeuta		Número de profissionais
G3.5		Médica(o)		Número de profissionais
G3.6		Nutricionista		Número de profissionais
G3.7		Sanitarista		Número de profissionais
G3.8		Odontólogo (a)		Número de profissionais
G3.9		Profissional de Educação Física		Número de profissionais
G3.10		Técnico (a) de Enfermagem		Número de profissionais
G3.11		Técnico (a) de Nutrição e Dietética		Número de profissionais
G4.1	G4 – As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas:	No Plano Plurianual (PPA)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.2		No Plano Anual de Saúde (PAS)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.3		No Plano Municipal de Saúde	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.4		No Termo de Compromisso de Gestão	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.5		Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.6		Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da SMS -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G5	A área de Alimentação e Nutrição tem participação nos	1	Sim, participação formal e regular	
		2	Sim, participação informal, mas regular	

		processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde?	3	Eventualmente (participação ocasional ou quando solicitada/convocada)
			4	Não
			9997	Não sei
G6		O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G7		Há metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal?	1	Sim
			2	Não
			3	Não, mas a área técnica solicitou a inclusão e não conseguiu
			9997	Não sei
G8.1	G8 – Indique em quais colegiados do Sistema Único de Saúde, a área de Alimentação e Nutrição do seu município participa:	Comissão Intergestores Bipartite	1	Sim
2			Não	
G8.2		Comissão Intergestores Regional	1	Sim
2			Não	
G8.3		Câmaras técnicas	1	Sim
			2	Não
G8.4		Não participa de nenhum colegiado	1	Sim
			2	Não
G8.5		Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde	1	Sim
			2	Não
G9		Você considera que a área técnica de Alimentação e Nutrição tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação?	1	Sim
			2	Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área
			3	Não
			9997	Não sei
G10		O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G10.1		Os protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G11		O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G11.1		Os protocolos/guias/manuais de Atenção	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)

		Especializada da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?	3	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13		O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?	1	Sim, com participação da área de alimentação e nutrição	
			2	Sim, sem a participação da área de alimentação e nutrição	
			3	Não	
			9997	Não sei	
G13.1.1	G13.1 – Quais protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de terapia nutricional que município dispõe?	Alergias e intolerâncias alimentares -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G13.1.2		Desnutrição de pessoas idosas -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G13.1.3		Desnutrição infantil -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G13.1.4		Doenças Cardiovasculares (DCV) -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G13.1.5		Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes, -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
			998	Não se aplica	
G13.1.6	Neuropatias -	1	Sim		
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.7	Pacientes em atenção domiciliar -	1	Sim		
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.8	Sobrepeso e obesidade em adolescentes -	1	Sim		
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.9	Sobrepeso e obesidade em adultos e idosos -	1	Sim		
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	

G13.1.10		Sobrepeso e obesidade infantil -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G29		A área de Alimentação e Nutrição planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?	1	Sim, planeja e acompanha
			2	Sim, somente acompanha
			3	Sim, somente planeja
			4	Não
			9997	Não sei
G30		A área técnica de Alimentação e Nutrição realiza reuniões com a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sobre a sua responsabilidade?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G31		A área de Alimentação e Nutrição solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?	1	Sim, solicita e acompanha
			2	Sim, somente solicita
			3	Sim, somente acompanha
			4	Não
			9997	Não sei
G32.1	G32 – Em quais itens abaixo o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição?	Componente Básico da Assistência Farmacêutica (recurso a ser utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no PNSF (Programa Nacional de Suplementação de Ferro))	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G32.2		Crescer Saudável	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G32.3		Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G32.4		Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	1	Sim
	2		Não	
	9997		Não sei	
G33		O município recebe do governo federal incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G33.1		Se recebe o Fundo de Alimentação e Nutrição	1	Entre 0 e 10%
			2	10-25%

		(FAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?	3	25-50%	
			4	50-75%	
			5	75-100%	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G34		O município recebe do governo federal incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G34.1		Se recebe o Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?	1	Entre 0 e 10%	
			2	10-25%	
			3	25-50%	
			4	50-75%	
			5	75-100%	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G37.1		Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G37.2		Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários) -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G37.3		Ações de diagnóstico, prevenção e controle carências nutricionais (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri) -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G37.4	G37 – Indique em quais temas foi realizada a alocação dos recursos financeiros do último ano, independente da fonte (municipal, estadual ou federal):	Avaliação Antropométrica/Chama da Nutricional da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) -	1	Sim	
			2	Não	
				9997	Não sei
G37.5		Avaliação do consumo alimentar da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, população em situação de rua, indígenas, Povos e Comunidades	1	Sim	
				2	Não
			9997	Não sei	

		Tradicionalis, entre outros) -		
G37.6		Aquisição de material educativo para atividades de EAN -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.7		Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.8		Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.9		Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviços, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.10		Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida para a população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.11		Em nenhuma das atividades prioritárias da política (área) de A&N, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município. -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G38.3		A área de Alimentação e Nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)?	1	Sim, do planejamento e da execução dos cursos
			2	Sim, somente do Planejamento
			3	Sim, somente da execução dos cursos
			4	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica

Quadro 9 – Variáveis utilizadas no algoritmo de Árvore de Decisão para a questão norteadora sobre “Área Técnica de Alimentação e Nutrição”, Mato Grosso do Sul, 2022.

Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Categorias		
			Código	Descrição	
PROFISSÃO		Formação básica	1	Nutrição	
			2	Farmácia	
			3	Medicina	
			4	Enfermagem	
			5	Odontologia	
			6	Assistência Social	
			7	Técnico de Nutrição e Dietética	
			8	Técnico de Enfermagem	
			9	Outra	
CARGO		Cargo ou função atual	1	Secretário(a) municipal de saúde	
			2	Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município	
			3	Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde	
			4	Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município	
			5	Outro	
FORMAÇÃO_ OBESIDADE		Participou de curso de formação no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no Sistema Único de Saúde em 2019?	1	Sim	
			2	Não	
			3	Não. Porém, está programado para acontecer em 2020	
			9997	Não sei	
G9		Você considera que a área técnica de Alimentação e Nutrição tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação?	1	Sim	
			2	Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área	
			3	Não	
			9997	Não sei	
G14.1	G14 - Quais os sistemas de informação do Ministério da Saúde que o município utiliza para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição?	e-Gestor -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.2		e-SUS Hospitalar -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.3		e-SUS SAMU -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.4				1	Sim

		Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) -	2	Não
			9997	Não sei
G14.5		Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.6		Sistema de Informações próprio do município -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.7		Sistema de Gestão de Micronutrientes -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.8		Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.9		Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (e-SUS AB/ SISAB) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.10		Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.11		Outros (Quais?):		Campo aberto
			2	Não
G15		A área de Alimentação e Nutrição divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G16		A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de canais de orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de Alimentação e Nutrição?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G22		As ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019?	1	Sim
			2	Não
			3	Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano
			9997	Não sei
G23		A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica estadual?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G23.2.1	G23.2 - Qual(is) os tipos de apoio mais relevantes recebidos da	Apoio com materiais e recursos para ações propostas pela área técnica de Alimentação e Nutrição -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica

G23.2.2	Referência Técnica Estadual?	Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da Secretaria Municipal de Saúde e Assessoria técnica em assuntos/temas da área, incluindo em monitoramento e avaliação, quando solicitada -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G23.2.3		Desenvolvimento de (ou apoio a) estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da Alimentação e Nutrição -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G23.2.4		Visita no município para o monitoramento das atividades realizadas -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G23.2.5		Implantação de ações e programas -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G23.2.6		Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G24		A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica federal?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G25		A área de Alimentação e Nutrição recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionados, via Redenutri ou boletim Segundeira ou outro canal de informações/comunicação)?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G26		A área de Alimentação e Nutrição se articula com outros setores do município?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G26.1.1	G26.1 - Indique com quais setores a área de Alimentação e Nutrição desenvolve (ou participa) de	Agricultura/Desenvolvimento Agrário -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.2		Assistência Social -	1	Sim
			2	Não

	ações intersetoriais:		9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.3	Cultura -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.4	Educação -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.5	Iniciativa privada -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.6	Instituições de caridade ou religiosas -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.7	Meio Ambiente -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.8	Ministério Público -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.9	Organizações Não Governamentais /da sociedade civil (ONG) que atuam na defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.10	Segurança Alimentar e Nutricional -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.11	Poder Legislativo local (Câmara dos Vereadores) -		1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.3	A área de Alimentação e Nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou		1	Sim, do planejamento e da execução dos cursos
			2	Sim, somente do Planejamento
			3	Sim, somente da execução dos cursos
			4	Não

		Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)?	9997	Não sei
			998	Não se aplica
G39.1	G38.4 - Na sua percepção, como você avalia a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuir nas seguintes temáticas:	Capacidade de liderança e de articulação intersetorial	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.2		Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.3		Prevenção e cuidado da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários)	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.4		Prevenção e cuidado das carências de micronutrientes (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri)	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.5		Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.6		Promoção da alimentação adequada e saudável	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
	9997		4) Não sei	
	998		Não se aplica	
G39.7	Utilização dos sistemas de informação (SISVAN, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros)	1	1) Insuficiente	
		2	2) Pouco Suficiente	
		3	3) Suficiente	
		9997	4) Não sei	
		998	Não se aplica	
G39.8	Vigilância Alimentar Nutricional –VAN, incluindo técnicas de tomada de medida antropométricas	1	1) Insuficiente	
		2	2) Pouco Suficiente	
		3	3) Suficiente	
		9997	4) Não sei	
		998	Não se aplica	

5 RESULTADOS

Com vistas a alcançar o objetivo de caracterizar a organização da gestão de ações, políticas e programas de alimentação e nutrição no âmbito da APS em MS, foi desenvolvido um relatório estadual de título “Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul no contexto da má nutrição” (APÊNDICE B).

Para que fosse possível atingir os objetivos de analisar as diferenças de organização da gestão das ações, políticas e programas de alimentação e nutrição, no âmbito da APS, entre municípios com e sem ATAN em MS; e descrever os processos decisórios da gestão de ações, políticas e programas de alimentação e nutrição no âmbito da APS em MS, os dados foram agrupados em:

- 1) Gestores, governança e documentos norteadores;
- 2) Gestão financeira/orçamentária;
- 3) Existência de responsabilidade técnica; e
- 4) Área técnica no processo de trabalho.

De forma que as análises dos três primeiros grupos deram origem ao artigo científico “Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão” (APÊNDICE A). E as análises do quarto grupo, por ser mais extenso, serão utilizadas posteriormente, na elaboração de outro artigo.

5.1 Gestores, governança e documentos norteadores

Participaram todos os 79 gestores responsáveis pela ATAN ou pelas ações de alimentação e nutrição dos municípios de MS. Como características principais, podemos observar que a maioria dos gestores são mulheres (92,4%) e referiu ser da cor/raça branca (62%). A enfermagem e a nutrição foram as duas profissões mais comuns entre os gestores, com frequências de 45,6% e 36,7%, respectivamente.

A maioria dos participantes estava no cargo ou função de coordenador ou referência da APS no município (58,2%) no momento do preenchimento do questionário e mais da metade encontrava-se em tais cargos ou funções há dois anos ou menos (55,7%). O vínculo empregatício mais comumente relatado entre os gestores respondentes foi o de servidor público municipal (74,7%).

Sobre a caracterização das ATAN municipais de MS, observou-se que municípios que referiram ter área técnica instituída no organograma da SMS, possuíam mais RT formalmente indicados (82,8%) quando comparados com os municípios que referiram que ATAN não existia no organograma da SMS ($p < 0,001$).

Entre os municípios que referiram existir um RT pela ATAN ($n=40$), observou-se que 60% destes profissionais exerciam a função há menos de 3 anos ($n=24$), a maioria eram nutricionistas ($n=34$; 85%) e mais da metade participava dos processos decisórios do planejamento e da gestão da SMS ($n=27$; 67,5%). Os demais resultados da caracterização dos gestores e da ATAN dos municípios de MS podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos gestores e das áreas de alimentação e nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020

Variáveis	Nº	%
Caracterização dos gestores da área de alimentação e nutrição dos municípios (n=79) ^a		
Sexo/Gênero		
Feminino	73	92,4
Masculino	6	7,6
Cor/raça ^b		
Branca	49	62,0
Parda	29	36,7
Preta	1	1,3
Profissão (formação básica)		
Enfermagem	36	45,6
Nutrição	29	36,7
Outra formação ^c	11	13,9
Sem formação	3	3,8
Cargo ou função atual		
Coordenador(a) ou referência da Atenção Primária à Saúde (APS) no município	46	58,2
Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na SMS	31	39,2
Gerente Atenção Primária	1	1,3
Secretário(a) municipal	1	1,3
Tempo de serviço no cargo ou função atual		
Até 2 anos	44	55,7
3 a 5 anos	13	16,5
6 a 8 anos	12	15,2
10 anos ou mais	10	12,7
Vínculo empregatício		
Servidor público municipal	59	74,7
Contrato	16	20,3
Outros	4	5,2
Caracterização das áreas de alimentação e nutrição dos municípios (n=78) ^d		
Existe RT formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na SMS?		
Sim	40	51,3
Não	32	41,0
Não sei	6	7,7
Se sim, qual a formação do RT da área de alimentação e nutrição? (n=40)		
Nutrição	34	85,0
Enfermagem	4	10,0
Outra ^e	2	5,0

Há quanto tempo o RT da área de alimentação e nutrição exerce a função? (n=40)		
3 anos ou menos	24	60,0
4 a 9 anos	11	27,5
10 anos ou mais	6	15,0
Área de Alimentação e Nutrição tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS? (n=40)		
Sim, participação formal e regular	15	37,5
Sim, participação informal, mas regular	12	30,0
Eventualmente (ocasional ou quando solicitada/convocada)	1	2,5
Não	12	30,0

^a Os valores descrevem o universo de gestores das áreas de alimentação e nutrição municipais do estado.

^b Os gestores não referiram outras cores/raças.

^c As formações referidas como outras: administração, assistência social, biomedicina, farmácia, fisioterapia, odontologia e pedagogia.

^d Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário.

^e As profissões referidas como outras: Administrador e Agente Comunitário de Saúde.

SMS = Secretaria Municipal de Saúde; RT = Responsável Técnico.

Sobre a caracterização da governança e os documentos norteadores acerca das ações de alimentação e nutrição, pode-se notar que, entre os municípios que referiram possuir ATAN no organograma da SMS, foi mais frequente que ações e metas da área estivessem previstas no Plano Municipal de Saúde (75,9%), no Plano Anual de Saúde (65,5%), nos Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão (58,6%) e no Plano Plurianual (55,2%). Destaca-se também que, entre os municípios que não instituíram ATAN, foi mais comum o desconhecimento em relação às metas sobre alimentação e nutrição nos “Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão” (40,8%; $p=0,006$) e no “Plano Plurianual” (32,7%; $p=0,028$), em comparação com os municípios que a instituíram.

Quando questionados sobre uma política de alimentação e nutrição municipal que orientasse a atuação da SMS na temática de alimentação e nutrição, observou-se que SMS que instituíram a ATAN no organograma tiveram mais respostas positivas sobre a condução da alimentação e nutrição na APS do que os demais municípios ($p=0,034$). Esse mesmo fenômeno foi observado quando o município foi questionado sobre a inserção de metas de alimentação e nutrição no Plano Plurianual municipal ($p=0,017$) e se o município elaborava protocolos/guias/manuais orientativos da APS ($p=0,043$). Demais informações sobre a caracterização da governança e dos documentos norteadores dos municípios de MS podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas:					
No Plano Municipal de Saúde					
Sim	22	75,9	28	57,1	0,250
Não	3	10,3	9	18,4	
Não sei	4	13,8	12	24,5	
No Plano Anual de Saúde (PAS)					
Sim	19	65,5	21	42,9	0,136
Não	4	13,8	14	28,6	
Não sei	6	20,7	14	28,6	
Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão					
Sim	17	58,6	11	22,4	0,006*
Não	6	20,7	18	36,7	
Não sei	6	20,7	20	40,8	
No Plano Plurianual (PPA)					
Sim	16	55,2	22	44,9	0,028*
Não	11	37,9	11	22,4	
Não sei	2	6,9	16	32,7	
O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na temática?					
Sim	10	34,5	6	12,2	
Não	17	58,6	33	67,3	0,034*
Não sei	2	6,9	10	20,4	
Há metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no PPA municipal?					
Sim	16	55,2	14	28,6	
Não	9	31,0	14	28,6	0,017*
Não sei	4	13,8	21	42,9	
O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Primária à Saúde (APS)?					
Sim	22	75,9	23	46,9	0,043*
Não	6	20,7	21	42,9	
Não sei	1	3,4	5	10,2	
Se sim, os protocolos/guias/manuais de APS da SMS incluem temas da área de alimentação e nutrição? (n=45)					
Sim, sempre (frequentemente)	9	40,9	8	34,8	
Sim, às vezes (eventualmente)	12	54,5	14	60,9	0,909
Não	1	4,5	1	4,3	
O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?					
Sim, com participação da área de alimentação e nutrição	13	44,8	18	36,7	
Sim, sem a participação da área de alimentação e nutrição	1	3,4	1	2,0	-
Não	15	51,7	21	42,9	
Não sei	0	0,0	9	18,4	
Se sim, quais protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de terapia nutricional que o município dispõe?					
Pacientes em atenção domiciliar	14	48,3	14	28,6	0,114
Sobrepeso e obesidade em adultos e idosos	13	44,8	14	28,6	0,187
Desnutrição de pessoas idosas	13	44,8	13	26,5	0,090
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	13	44,8	13	26,5	0,226
Desnutrição infantil	11	37,9	14	28,6	0,871

Alergias e intolerâncias alimentares	11	37,9	12	24,5	0,518
Sobrepeso e obesidade infantil	12	41,4	11	22,4	0,195
Sobrepeso e obesidade em adolescentes	10	34,5	12	24,5	0,805
Doenças Cardiovasculares (DCV)	9	31,0	9	18,4	0,461
Neuropatias	9	31,0	6	12,2	0,172

*p valor do teste qui-quadrado < 0,05.

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário. ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

5.2 Gestão financeira/orçamentária

Acerca da caracterização da gestão financeira/orçamentária das ações de alimentação e nutrição de MS, verificou-se que o planejamento e o acompanhamento aconteceram em menos da metade dos municípios, independentemente de possuírem ou não ATAN no organograma, porém estes últimos referiram maior insipiência na questão financeiro/orçamentária da área (com ATAN 3,4% vs. 14,3% sem ATAN). Observou-se que a maioria dos municípios não faz reuniões frequentes com a área de gestão orçamentária para destinação dos recursos para ações de alimentação e nutrição (56,4%) e também se evidenciou que os mesmos fazem pouco ou nenhum acompanhamento e solicitações do processo licitatório relativo à área.

Sobre o recebimento de Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) e incentivo financeiro para apoiar a estruturação das ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), pode-se notar que a maioria dos municípios, independentemente da instituição de ATAN, relatam que não sabem se recebem o incentivo financeiro federal para ações de alimentação e nutrição (60,3%) e de vigilância na área (61,5%). Mais informações sobre a gestão financeira e orçamentária de ações de alimentação e nutrição de MS estão dispostas na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da gestão financeira/orçamentária da área de alimentação e nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
	A área de Alimentação e Nutrição planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?				
Sim, planeja e/ou acompanha	14	48,3	13	26,5	0,083
Não	14	48,3	29	59,2	
Não sei	1	3,4	7	14,3	
A área de Alimentação e Nutrição realiza reuniões com a área da gestão orçamentária sobre processos sob sua responsabilidade?					
Sim, sempre (frequentemente)	4	13,8	4	8,2	-
Sim, às vezes (eventualmente)	10	34,5	12	24,5	

Não	15	51,7	29	59,2	
Não sei	0	0,0	4	8,2	
A área de Alimentação e Nutrição solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?					
Sim, solicita e acompanha	6	20,7	12	24,5	
Sim, somente solicita	3	10,3	2	4,1	
Sim, somente acompanha	3	10,3	2	4,1	-
Não	17	58,6	28	57,1	
Não sei	0	0,0	5	10,2	
O município recebe do governo federal incentivo financeiro do Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)?					
Sim	5	17,2	7	14,3	
Não	10	34,5	9	18,4	0,207
Não sei	14	48,3	33	67,3	
O município recebe do governo federal incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?					
Sim	5	17,2	5	10,2	
Não	9	31,0	11	22,4	0,377
Não sei	15	51,7	33	67,3	

*p valor do teste qui-quadrado < 0,05.

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário. ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

A respeito da alocação de recursos para ações de alimentação e nutrição nos municípios de MS, para o ano de 2019, quando se compara o grupo que referiu constar ATAN no organograma em relação ao que referiu não constar, notam-se diferenças entre os grupos no quesito “Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos” ($p=0,003$), para “Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos” ($p=0,004$), “Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais” ($p=0,012$), “Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição” ($p=0,044$), “Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à alimentação e nutrição” ($p=0,039$) e para “Avaliação do consumo alimentar” ($p=0,017$), sendo que os grupos se diferenciaram expressivamente na categoria “Não sei” para aqueles que referiram não possuir ATAN. Os demais resultados sobre a alocação de recursos de ações de alimentação e nutrição pelos municípios do estado, podem ser observados na Tabela 4.

Em relação a caracterização do fomento à educação permanente e continuada em temas da área de alimentação e nutrição no estado, observou-se que, de maneira geral, 66,7% dos municípios referem que a SMS incentiva a ação quando voltada para a prevenção e controle do excesso de peso. Quando se fez a comparação entre os municípios com ou sem ATAN não se verificou diferença entre os grupos (79,3% vs. 59,2%, respectivamente; $p=0,197$), bem como quando se perguntou se a área contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço, com temática em obesidade, DCNT ou PAAS (48,3% vs. 30,6%; $p=0,589$).

Tabela 4 – Temas da área de Alimentação e Nutrição para os quais foram alocados recursos financeiros no último ano, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos					
Sim	22	75,9	21	42,9	
Não	6	20,7	11	22,4	0,003*
Não sei	1	3,4	17	34,7	
Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos					
Sim	20	69,0	18	36,7	0,004*
Não	8	27,6	15	30,6	
Não sei	1	3,4	16	32,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais					
Sim	17	58,6	17	34,7	0,012*
Não	10	34,5	14	28,6	
Não sei	2	6,9	18	36,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de excesso de peso e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)					
Sim	15	51,7	20	40,8	0,253
Não	8	27,6	10	20,4	
Não sei	6	20,7	19	38,8	
Estruturação de sistemas de informação					
Sim	15	51,7	19	38,8	0,058
Não	11	37,9	13	26,5	
Não sei	3	10,3	17	34,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição					
Sim	13	44,8	19	38,8	0,044*
Não	12	41,4	11	22,4	
Não sei	4	13,8	19	38,8	
Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à alimentação e nutrição					
Sim	15	51,7	16	32,7	0,039*
Não	12	41,4	18	36,7	
Não sei	2	6,9	15	30,6	
Promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS)					
Sim	13	44,8	14	28,6	0,052
Não	13	44,8	18	36,7	
Não sei	2	6,9	17	34,7	
Avaliação do consumo alimentar					
Sim	10	34,5	12	24,5	0,017*
Não	16	55,2	17	34,7	
Não sei	3	10,3	20	40,8	
Aquisição de material educativo para atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN)					
Sim	7	24,1	7	14,3	0,084
Não	18	62,1	24	49,0	
Não sei	4	13,8	18	36,7	

*p valor do teste qui-quadrado < 0,05.

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário. ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

5.3 Existência de responsabilidade técnica

Para analisar os efeitos da existência ou ausência de RT, foi construída uma árvore de decisão, ilustrada na Figura 3, na qual a primeira questão pode ser considerada a mais importante e aquela que dá origem às demais, como a raiz da árvore, que no caso deste modelo se refere a haver ou não nutricionista(s) na equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, ou seja, este é um ponto-chave na atual situação da gestão da área em MS.

Os resultados desta árvore foram chamados de folhas, mas também podem ser interpretados como as respostas da questão “qual a probabilidade de existir responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na SMS?” que deu origem à análise.

A partir da existência de nutricionista(s), foi possível prosseguir para o ramo que questiona a participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS e que deu origem a dois ramos com suas respectivas folhas:

1) quando a ATAN não apresentou participação formal e regular nos processos decisórios, houve alta probabilidade de não existir RT formalmente indicado à alimentação e nutrição (acurácia de 89%);

2) já quando a ATAN apresentou tal participação, houve probabilidade de existir RT formalmente indicado (acurácia de 67%).

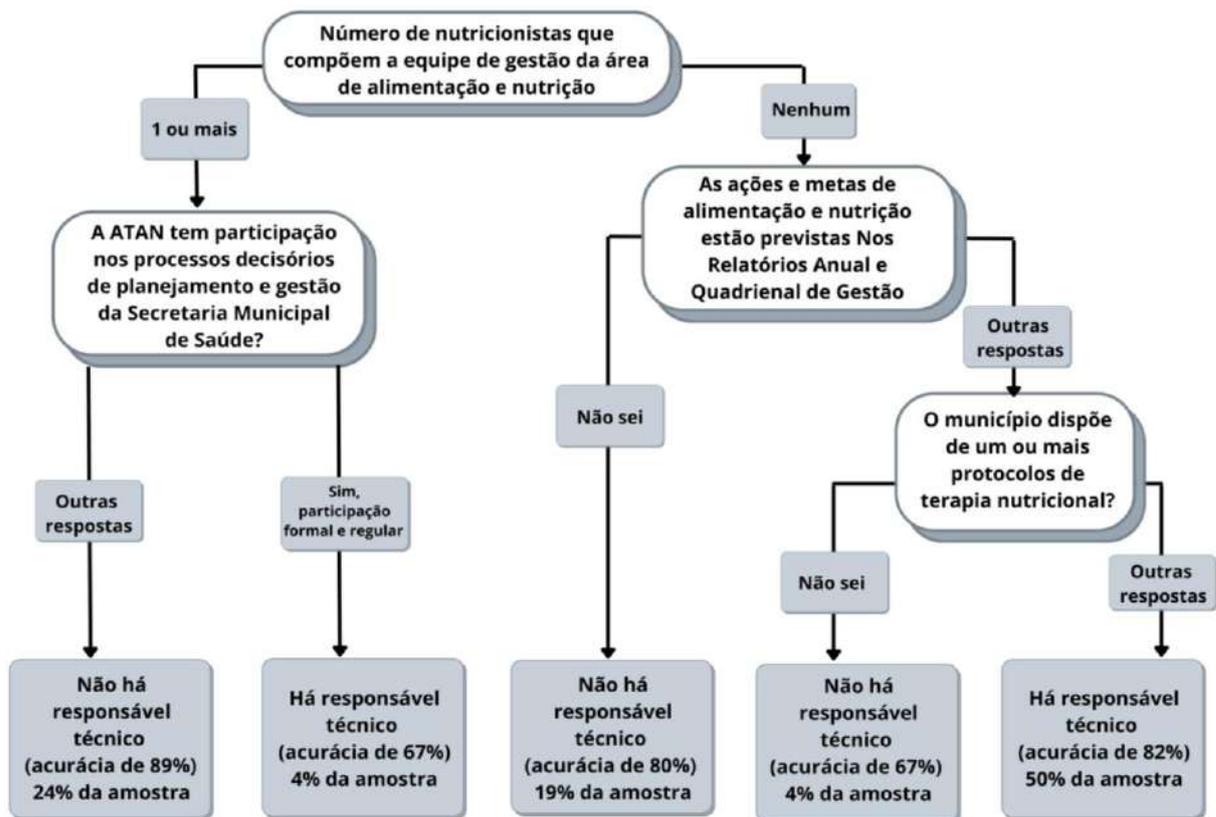
Em resumo, a metade esquerda da árvore de decisão revela que, nos municípios com nutricionistas na equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, a existência de profissional gestor formalmente indicado como responsável pelas ações de alimentação e nutrição está atrelada ao maior relato da participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento da SMS.

A partir do questionamento da existência de um profissional formalmente indicado para assuntos de alimentação e nutrição no município, foi observado que a ausência de nutricionistas na equipe de alimentação e nutrição atrelada ao desconhecimento do respondente sobre a existência de ações e metas nos planos anuais e plurianuais (acurácia de 80%) e desconhecimento da existência de protocolos de terapia nutricional (acurácia de 67%) denunciavam a ausência de profissional formalmente indicado como responsável pelas ações de alimentação e nutrição.

Por outro lado, um município informado sobre ambas as questões citadas (sabia referir que “sim” ou “não”) colabora com a existência de um gestor formalmente indicado (acurácia de 82%).

Resumidamente, a metade direita da árvore revela que, nos municípios onde não há nutricionista na equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, a ausência RT está atrelada ao desconhecimento acerca das ações, metas e protocolos de terapia nutricional.

Figura 3 - Árvore de decisão para análise da probabilidade de presença/ausência de um gestor formalmente indicado para ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020.



ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

5.4 Área técnica no processo de trabalho

Os resultados da análise acerca dos canais de apoio e orientação técnica para ações de alimentação e nutrição na área da saúde estão dispostos na Tabela 5. Entre os municípios de MS, apenas 23,1% afirmaram que a SMS dispõe de canais para orientação ou esclarecimento de dúvidas acerca dos programas e ações sob responsabilidade da área de alimentação e nutrição.

Na comparação entre os municípios com e sem ATAN, ao analisar a frequência de afirmações de cada pergunta já é possível notar o distanciamento das características entre grupos, o que apenas se confirma quando aplicado o teste estatístico, por meio do qual torna-se

nítida a diferença significativa sinalizada pelo valor de p do teste em vários casos, descritos a seguir.

Entre as vantagens dos municípios com ATAN instituída no organograma sobre os municípios sem ATAN, tem-se: 1) maior frequência do relato de recebimento de notícias do Ministério da Saúde sobre ações e programas relacionados à PNAN (55,2% vs. 24,5%; $p=0,010$); 2) menor frequência de respondentes que não se relaciona com a referência estadual, a GEAN, ou que desconhece o contato com a gestão estadual (3,4% vs. 26,5%; $p=0,030$); 3) referem contar com apoio da GEAN com maior frequência em relação a materiais e recursos para ações propostas ($p=0,019$), desenvolvimento ou apoio a estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde ($p=0,025$), implantação de ações e programas ($p=0,006$) e realização de encontros técnico-científicos ou planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual ($p=0,008$); 4) menor frequência de relato de ausência de contato com a referência técnica federal, a CGAN, ou de desconhecimento do mesmo ($p=0,021$); e 5) referem maior acesso às notícias do Ministério da Saúde sobre a PNAN e/ou ações e programas relacionados, via Redenutri, ou outro canal de informações ($p=0,010$). Estes e outros resultados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Canais de orientação e apoio para área de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõe de canais de orientação ou esclarecimento sobre programas e ações sob responsabilidade da área?					
Sim	9	31,0	9	18,4	0,417
Não	18	62,1	37	75,5	
Não sei	2	6,9	3	6,1	
A área divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município?					
Sim	24	82,8	29	59	0,073
Não/Não sei	5	17,2	20	41	
A área recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou ações e programas relacionados a ela?					
Sim, sempre (frequentemente)	16	55,2	12	24,5	0,010*
Sim, às vezes (eventualmente)	9	31,0	17	34,7	
Não/Não sei	4	13,8	20	40,8	
A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a Referência Técnica Estadual?					
Sim, sempre (frequentemente)	9	31,0	9	18,4	0,030*
Sim, às vezes (eventualmente)	19	65,5	27	55,1	
Não/Não sei	1	3,4	13	26,5	

Qual(is) os tipos de apoio mais relevantes recebidos da Referência Técnica Estadual? (n=64) ^b					
Apoio com materiais e recursos para ações propostas pela área de Alimentação e Nutrição	27	96,4	27	75,0	0,019*
Não possui apoio/ Não saber responder	1	3,6	9	25,0	
Desenvolvimento ou apoio a estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde em Alimentação e Nutrição	21	75,0	19	52,8	0,025*
Não possui apoio/ Não saber responder	5	17,9	16	44,4	
Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da SMS e Assessoria técnica em assuntos/temas da área	23	82,1	20	55,6	0,069
Não possui apoio/ Não saber responder	7	25,0	17	47,2	
Implantação de ações e programas	17	60,7	16	44,4	0,006*
Não possui apoio/ Não saber responder	6	21,4	20	55,6	
Visita para o monitoramento das atividades realizadas	22	78,6	16	44,4	0,196
Não possui apoio/ Não saber responder	11	39,3	20	55,6	
Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual	17	60,7	10	27,8	0,008*
Não possui apoio/ Não saber responder	11	39,3	26	72,2	
A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a Referência Técnica Federal?					
Sim, sempre (frequentemente)	1	3,4	3	6,1	
Sim, às vezes (eventualmente)	13	44,8	10	20,4	0,021*
Não/Não sei	15	51,7	36	73,5	
A área de Alimentação e Nutrição recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a PNAN e/ou ações e programas relacionados, via Redenutri, boletim Segundeira ou outro canal de informações)?					
Sim, sempre (frequentemente)	16	55,2	12	24,5	0,010*
Sim, às vezes (eventualmente)	9	31,0	17	34,7	
Não/Não sei	4	13,8	20	40,8	

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário.

^b Os dados incluem apenas os municípios que responderam “sim” na questão anterior, sendo n=28 categorizados nos municípios com Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) e n=36 nos municípios sem ATAN.

No MS, um a cada três gestores (33,3%) apontou que a área de alimentação e nutrição tem autonomia para propor projetos, programas ou ações de tal alçada, enquanto metade (50,0%) referiu que esta autonomia é parcial, relativa a somente alguns casos sob responsabilidade da área.

Em relação ao monitoramento das ações por parte dos gestores da área de alimentação e nutrição, os sistemas de informação do Ministério da Saúde destacados como mais utilizados foram o e-Gestor e o Sistema de Gestão do Bolsa Família na Saúde (empatados com 93,6%), seguidos do Sistema de Informação para Atenção Primária à Saúde e-SUS AB (atual e-SUS APS) / SISAB (89,7%) e do Sisvan (76,9%).

Ao considerar os 49 municípios onde os gestores afirmaram que ocorreu conferência municipal de saúde no ano de 2019, as ações da política e/ou plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões em apenas 35% (n=17) das conferências em questão.

Sobre a autonomia para propor projetos, programas ou ações da área de alimentação e nutrição, a maioria dos sistemas de informação em saúde utilizados para gestão de ações de alimentação e nutrição, e a integração da política municipal de alimentação e nutrição nas discussões da conferência municipal de saúde do ano anterior à chegada da COVID-19 ao Brasil, não há diferenças significativas entre os grupos testados. Com exceção do sistema de informação de gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), cuja utilização mostrou-se mais frequente entre os municípios com ATAN ($p=0,009$), como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 – Autonomia e monitoramento de ações pelos gestores da área de alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
A área de Alimentação e Nutrição tem autonomia para propor projetos, programas ou ações na área de atuação?					
Sim	11	37,9	15	30,6	0,490
Parcialmente (alguns casos sob responsabilidade da área)	15	51,7	24	49,0	
Não/ Não sei	3	10,3	10	20,4	
Sistemas de informação do Ministério da Saúde utilizados para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição					
e-Gestor	27	93,1	46	93,9	0,893
Sistema de Gestão do Bolsa Família na Saúde	26	89,7	47	95,9	0,275
Sistema de Informação para Atenção Primária à Saúde (e-SUS AB/ SISAB)	25	86,2	45	91,8	0,428
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	23	79,3	37	75,5	0,7
Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)	18	62,1	35	71,4	0,392
Sistema de Gestão de Micronutrientes	18	62,1	31	63,3	0,916
Sistemas de Informação do próprio Município	17	58,6	23	46,9	0,318
Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	10	34,5	5	10,2	0,009*
e-SUS Hospitalar	1	3,4	5	10,2	0,279
e-SUS Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	0	0	2	4,1	-
As ações da política e/ou plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde em 2019?					
Sim	5	17,2	12	24,5	0,571
Não	14	48,3	18	36,7	
Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano	10	34,5	19	38,8	

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário. ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

A maioria dos gestores municipais de alimentação e nutrição (85,9%; n=67) afirmou que a área se articula com outros setores, principalmente com os de educação (89,6%; n=60) e assistência social (83,6%; n=56). Tais articulações ocorrem mais durante as etapas de execução de atividades eventuais da ação (82,1%; n= 55), planejamento (80,6%; n=54) e execução da ação (76,1%; n=51).

Entre as ações desenvolvidas mais comumente de maneira intersetorial, são mais frequentes as Educação Alimentar e Nutricional (EAN) (94,0%; n= 63), de acompanhamento das famílias e usuários do PBF (92,5%; n= 62), de controle e prevenção da obesidade/sobrepeso (85,1%; n= 57), de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao PSE (80,6%; n=54) e de controle e prevenção das DCNT (73,1%; n=49).

De maneira geral, as SMS com e sem ATAN não apresentam diferenças significativas quando se trata das articulações das áreas de alimentação e nutrição com outros setores, públicos ou privados. Contudo, destaca-se que os municípios com ATAN referiram desenvolver mais frequentemente as ações da área com apoio de setores externos à saúde na temática da VAN (88,9% vs. 55,0%; $p=0,010$). Estes resultados estão detalhados na Tabela 7.

Tabela 7 – Articulações da área de alimentação e nutrição com outros setores públicos ou privados, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
A área de Alimentação e Nutrição se articula com outros setores do município?					
Sim, sempre (frequentemente)	16	55,2	19	38,8	
Sim, às vezes (eventualmente)	11	37,9	21	42,9	0,235
Não	2	6,9	9	18,4	
Se sim, indique com quais setores a área desenvolve (ou participa) de ações intersetoriais: (n=67) ^b					
Educação	24	88,9	36	90,0	0,634
Assistência Social	21	77,8	35	87,5	0,127
Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)	13	48,1	16	40,0	0,599
Instituições de caridade ou religiosas	8	29,6	14	35,0	0,112
Iniciativa privada	5	18,5	10	25,0	0,144
Ministério Público	3	11,1	9	22,5	0,176
Organizações não governamentais (ONGs) em defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos	3	11,1	7	17,5	0,438
Agricultura/Desenvolvimento Agrário	4	14,8	4	10,0	0,703
Poder Legislativo local (Câmara dos Vereadores)	4	14,8	2	5,0	0,271
Cultura	2	7,4	2	5,0	0,812
Meio Ambiente	2	7,4	1	2,5	0,233

Em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial? (n=67)^b

Execução de atividades eventuais da ação	21	77,8	34	85,0	0,094
Planejamento da ação	23	85,2	31	77,5	0,606
Execução da ação	19	70,4	32	80,0	0,170
Avaliação e monitoramento	18	66,7	24	60,0	0,465
Investimento de recurso para a ação	12	44,4	17	42,5	0,799
Indique quais ações são desenvolvidas, com maior frequência, de forma intersetorial: (n=67) ^b					
Educação alimentar e nutricional	27	100,0	36	90,0	0,238
Acompanhamento das famílias e usuários do Programa Bolsa Família (PBF)	27	100,0	35	87,5	0,161
Controle e prevenção da obesidade/sobrepeso	25	92,6	32	80,0	0,256
Ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola	21	77,8	33	82,5	0,313
Controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	22	81,5	27	67,5	0,445
Controle e prevenção de deficiências de micronutrientes	21	77,8	25	62,5	0,377
Vigilância Alimentar e Nutricional	24	88,9	22	55,0	0,010*
Controle e prevenção da Desnutrição	19	70,4	22	55,0	0,177
Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)	20	74,1	18	45,0	0,055
A área de Alimentação e Nutrição se articula com setores privados?					
Sim, sempre (frequentemente)	1	3,4	1	2,0	
Sim, às vezes (eventualmente)	8	27,6	7	14,3	
Não	18	62,1	32	65,3	0,315
Não sei	2	6,9	9	18,4	

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário.

^b Os dados incluem apenas os municípios que responderam “sim” na primeira questão desta tabela, sendo n=27 categorizados nos municípios com Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) e n=40 nos municípios sem ATAN.

No que tange a educação permanente e continuada, os dois grupos responderam de maneira semelhante, não sendo encontrada diferença significativa entre municípios com ou sem ATAN, conforme apresentado na Tabela 8.

Desta forma, a análise geral do estado mostrou que dois terços dos respondentes (66,7%) apontaram que a SMS incentiva a educação permanente e/ou continuada para prevenção e controle do excesso de peso aos profissionais atuantes nas unidades de saúde, principalmente a permanente (60,3%; n=47 vs. 39,7%; n=31).

As estratégias de formação profissional mais incentivadas pela SMS foram a formação à distância por meio do Telessaúde (80,8%; n=42) e o incentivo/facilitação à participação em eventos de atualização técnica (71,2%; n=37).

Quanto às instituições, as mais frequentemente envolvidas no planejamento/execução da formação em serviço em obesidade, DCNT ou PAAS, foram a própria SMS (92,3%; n=48) e a SES (76,9%; n=40).

Tabela 8 – Educação permanente e continuada em temas da área de alimentação e nutrição, aos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde dos municípios, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) incentiva a educação permanente/continuada para prevenção e controle do excesso de peso aos profissionais das unidades de saúde?					
Sim, em educação permanente e educação continuada	9	31,0	17	34,7	0,197
Sim, mas apenas em educação permanente	12	41,4	9	18,4	
Sim, mas apenas em educação continuada	2	6,9	3	6,1	
Não	3	10,3	12	24,5	
Não sei	3	10,3	8	16,3	
Quais estratégias de formação profissional são incentivadas pela SMS para manejo do excesso de peso? (n=67) ^b					
Formação à distância por meio do Telessaúde	17	73,9	25	86,2	0,264
Incentivo/facilitação à participação em eventos de atualização técnica	16	69,6	21	72,4	0,970
Rodas de conversa/oficinas temáticas com especialistas em alimentação e nutrição	15	65,2	18	62,1	0,475
Formação à distância por meio da plataforma Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS)	13	56,5	16	55,2	0,712
Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial	12	52,2	14	48,3	0,659
Formação à distância por meio da plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS)	10	43,5	12	41,4	0,975
Incentivo/facilitação à participação em cursos de pós-graduação	5	21,7	11	37,9	0,257
Cursos de formação via Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS)	9	39,1	6	20,7	0,134
Instituições envolvidas no planejamento/execução da formação em serviço em obesidade, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS): (n=67) ^b					
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	22	95,7	26	89,7	0,610
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	18	78,3	22	75,9	0,214
Áreas temáticas do Ministério da Saúde	16	69,6	15	51,7	0,089
Instituições acadêmicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)	2	8,7	6	20,7	0,460
Instituições acadêmicas que atuam no município	3	13,0	2	6,9	0,720
A área de alimentação e nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço, com temática em obesidade, DCNT ou PAAS? (n=67) ^b					
Sim, do planejamento e da execução dos cursos	10	43,5	11	37,9	0,589
Sim, somente do planejamento	3	13,0	1	3,4	
Sim, somente da execução dos cursos	1	4,3	3	10,3	
Não	4	17,4	8	27,6	
Não sei	5	21,7	6	20,7	

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário.

^b Os dados incluem apenas os municípios de Mato Grosso do Sul (MS) que responderam “sim” na primeira questão desta tabela, sendo n=23 categorizados nos municípios com Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) e n=29 nos municípios sem ATAN.

Além disso, menos da metade desses municípios com incentivo à educação (40,4%; n=21) alegou que a área de alimentação e nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização dos cursos de formação em serviço, com temática em obesidade, DCNT ou PAAS.

Segundo a percepção dos participantes deste estudo, a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município não é suficiente para contribuir na capacidade de liderança e de articulação intersetorial; organização e gestão de Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou obesidade; prevenção e cuidado da desnutrição, carências de micronutrientes, do sobrepeso, obesidade e DCNT; PAAS; utilização dos sistemas de informação; e VAN, incluindo técnicas antropométricas. Visto que em todas as temáticas a avaliação como “suficiente” manteve-se entre 6,4% e 9,0%.

Observa-se que, de maneira sistemática, nos municípios com ATAN são ínfimas as ocorrências de respondentes que não souberam avaliar a formação dos gestores e profissionais, indicando que há mais conhecimento sobre o processo de formação da força de trabalho e sua atualização contínua a temas pertinentes à área onde existe ATAN, de acordo com o exposto na Tabela 9.

Tabela 9 – Percepção dos gestores em saúde sobre a formação dos gestores e dos profissionais de saúde, para contribuir nas temáticas relativas à alimentação e nutrição, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020 (n=78)^a

Variáveis	Municípios com ATAN (n=29)		Municípios sem ATAN (n=49)		p
	Nº	%	Nº	%	
Capacidade de liderança e de articulação intersetorial					
Suficiente	2	6,9	4	8,2	
Pouco suficiente	11	37,9	19	38,8	
Insuficiente	16	55,2	24	49,0	-
Não sei	0	0,0	2	4,1	
Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade					
Suficiente	1	3,4	6	12,2	
Pouco suficiente	14	48,3	18	36,7	0,526
Insuficiente	12	41,4	22	44,9	
Não sei	2	6,9	3	6,1	
Prevenção e cuidado da Desnutrição					
Suficiente	2	6,9	3	6,1	
Pouco suficiente	13	44,8	16	32,7	
Insuficiente	14	48,3	27	55,1	-
Não sei	0	0,0	3	6,1	
Prevenção e cuidado das carências de micronutrientes					
Suficiente	1	3,4	4	8,2	
Pouco suficiente	13	44,8	21	42,9	
Insuficiente	15	51,7	22	44,9	-
Não sei	0	0,0	2	4,1	

Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)				
Suficiente	2	6,9	3	6,1
Pouco suficiente	11	37,9	17	34,7
Insuficiente	16	55,2	26	53,1
Não sei	0	0,0	3	6,1
Promoção da alimentação adequada e saudável				
Suficiente	0	0,0	6	12,2
Pouco suficiente	11	37,9	11	22,4
Insuficiente	18	62,1	27	55,1
Não sei	0	0,0	5	10,2
Utilização dos sistemas de informação				
Suficiente	2	6,9	3	6,1
Pouco suficiente	11	37,9	17	34,7
Insuficiente	16	55,2	26	53,1
Não sei	0	0,0	3	6,1
Vigilância Alimentar Nutricional, incluindo técnicas antropométricas				
Suficiente	0	0,0	5	10,2
Pouco suficiente	15	51,7	21	42,9
Insuficiente	13	44,8	16	32,7
Não sei	1	3,4	7	14,3

^a Os dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento do questionário. ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

Porém, a condução de testes entre os dois grupos não foi possível, na maioria dos casos, devido à presença de caselas zeradas em algumas categorias, desta forma, não houve registro de diferença significativa quanto à avaliação dos gestores em relação à capacitação da força de trabalho por áreas de interesse das ações de alimentação e nutrição.

Para analisar os efeitos da existência ou ausência de ATAN no organograma da SMS, foi construída a segunda árvore de decisão, ilustrada na Figura 4, gerada a partir das análises da área referentes ao processo de trabalho da gestão, de forma que não repete as questões de caracterização abordadas na Figura 3.

No tocante ao uso do algoritmo de árvore de decisão performado, quando o gestor respondente afirmou que não sabia da existência da ATAN, considerou-se que o município não tinha ATAN, já que o algoritmo aceita apenas desfechos binários para a análise.

Os resultados desta árvore foram chamados de folhas, mas também podem ser interpretados como respostas à questão “qual a probabilidade de existir uma área técnica de ações em alimentação e nutrição?” que deu origem à análise.

A primeira e mais relevante questão deste modelo se refere a receber ou não apoio relevante da referência estadual em alimentação e nutrição para a implantação de ações e programas da área, ou seja, este primeiro nó consiste em ponto-chave na atual situação da gestão da área em MS.

A partir do recebimento de apoio relevante da referência estadual em alimentação e nutrição, foi possível prosseguir para o ramo que questiona se a formação de gestores e profissionais de saúde sobre VAN é suficiente na percepção do respondente, que deu origem a dois ramos, um com folha e outro com nova ramificação:

1) quando o respondente não soube avaliar ou a considerou suficiente, não existia ATAN no organograma da SMS (acurácia de 100%);

2) quando o respondente a reconheceu como insuficiente ocorreram outras bifurcações na árvore, que questionaram se as ações da PNAN integraram as discussões da conferência municipal de saúde em 2019, se o município utilizava sistema de informação próprio para apoiar e monitorar as ações de alimentação e nutrição, e se a área se articulava com outros setores do município.

O nó divisor sobre a integração das ações da PNAN na conferência municipal de saúde deu origem a dois ramos e seus ramos derivados e respectivas folhas, descritos a seguir:

1) Quando o gestor afirmou que estas ações foram discutidas na conferência do ano em questão, ocorreu outra bifurcação na árvore, que questionou se a área de alimentação e nutrição se articulava com outros setores do município, com duas folhas: 1.1) quando relatada a existência de articulação intersetorial, houve probabilidade da SMS possuir ATAN (acurácia de 50%); 1.2) quando referida articulação apenas eventual, ou inexistente, ou desconhecimento sobre o assunto, não existia ATAN no organograma da SMS (acurácia de 100%).

2) Quando o gestor relatou que tais ações não foram discutidas na conferência, ou que não houve conferência em 2019, ou o mesmo não soube responder, ocorreram outros nós ramificados: 2.1) quando referiu utilizar sistema de informação próprio do município no apoio e monitoramento das ações, houve alta probabilidade da SMS possuir ATAN (acurácia de 87,5%); 2.2) quando o gestor relatou que o município não usa um sistema próprio ou que não sabe se usa, surgiu novamente a questão acerca da discussão das ações da PNAN na conferência, mas desta vez para isolar os casos em que a conferência aconteceu e mesmo assim não houve a discussão relativa às ações de alimentação e nutrição, o que gerou duas folhas: 2.2.1) quando as ações da área não foram discutidas na conferência, houve alta probabilidade de não existir ATAN no organograma da SMS (acurácia de 83,3%); 2.2.2) quando o gestor relatou que não houve conferência em 2019 ou que não sabia responder, existia ATAN no organograma da SMS (acurácia de 100%).

Resumidamente, a metade esquerda da árvore de decisão revela que, nos municípios com apoio relevante da referência estadual em alimentação e nutrição para a implantação de ações e programas da área, a existência de ATAN na SMS está atrelada ao reconhecimento de

que é necessário aumentar/melhorar a formação em VAN para gestores e profissionais, à discussão das ações da PNAN na conferência municipal de saúde, e à articulação intersetorial.

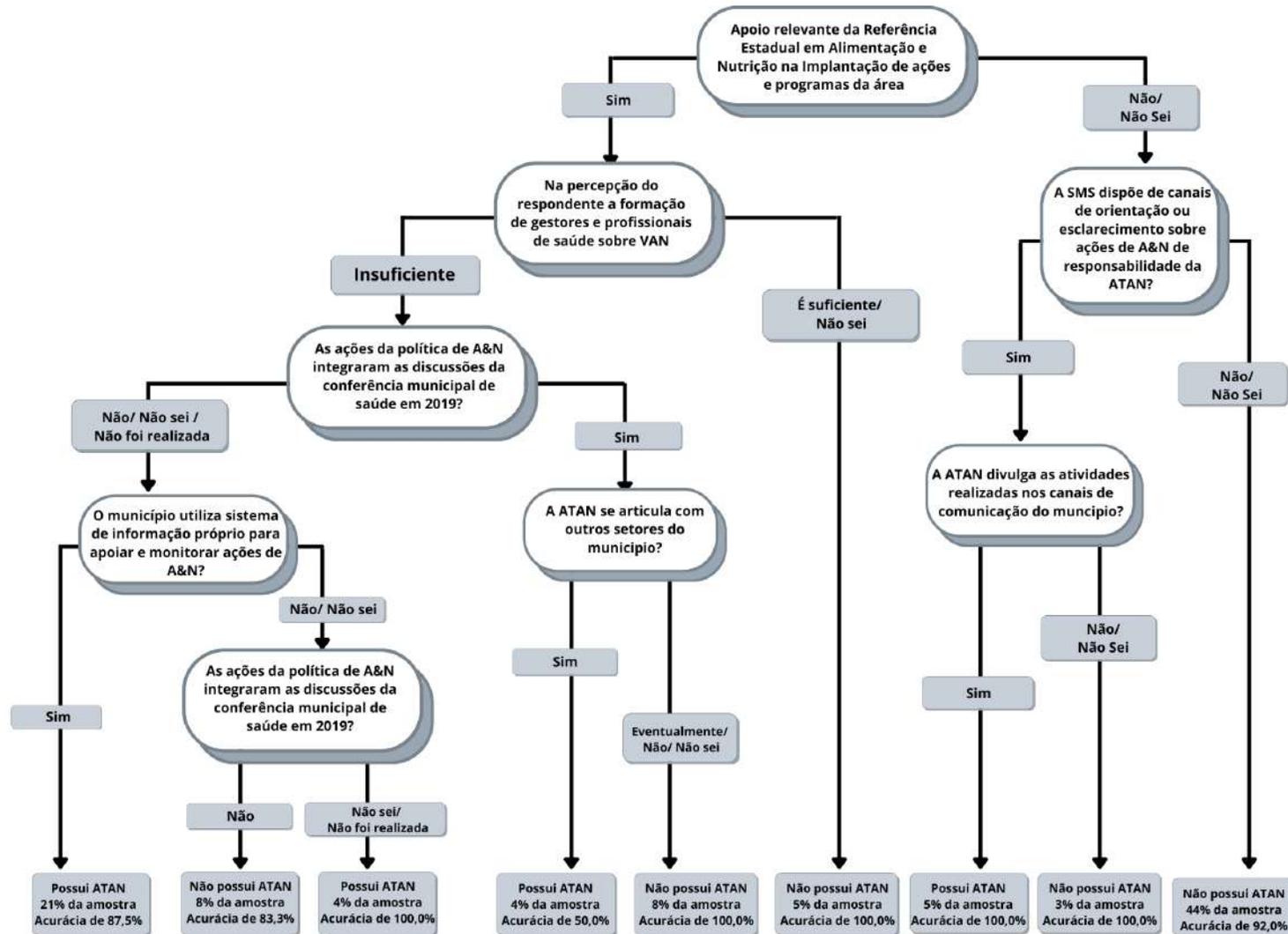
Nos municípios onde foi referida ausência de recebimento de apoio relevante da referência estadual em alimentação e nutrição para a implantação de ações e programas da área, ou desconhecimento a respeito do mesmo, foi possível prosseguir para o ramo que questiona se a SMS dispõe de canais de orientação ou esclarecimento sobre ações de alimentação e nutrição de responsabilidade da área, que deu origem a dois ramos, um com folha e outro com nova ramificação:

1) quando o respondente relatou que a SMS não dispõe destes canais, ou que não sabe responder, houve alta probabilidade de não existir ATAN no município (acurácia de 92%);

2) quando o gestor respondeu que a SMS apresenta tais canais de orientação, surgiu o questionamento acerca da divulgação de atividades da área de alimentação e nutrição por meio dos canais de comunicação do município, que deu origem a dois ramos, com suas respectivas folhas: 2.1) quando o município afirmou divulgar suas atividades de alimentação e nutrição em seus canais de comunicação, este possuía ATAN (acurácia de 100%); 2.2) quando o município referiu não realizar tal divulgação, não existia ATAN no organograma da SMS.

Resumidamente, a metade direita da árvore de decisão revela que, nos municípios sem apoio relevante da referência estadual em alimentação e nutrição para a implantação de ações e programas da área, a inexistência de ATAN na SMS está atrelada à ausência de canais de orientação ou esclarecimento sobre ações de alimentação e nutrição, e de divulgação das atividades da área de alimentação e nutrição nos canais de comunicação do município, ou desconhecimento sobre estas questões.

Figura 4 - Árvore de decisão para análise da probabilidade de existir Área Técnica de Alimentação e Nutrição instituída no organograma das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2020.



A&N = Alimentação e Nutrição; ATAN = Área Técnica de Alimentação e Nutrição; SMS = Secretarias Municipais de Saúde; VAN = Vigilância Alimentar e Nutricional.

6 DISCUSSÃO

As informações acerca dos profissionais à frente da ATAN ou das ações de alimentação e nutrição dos municípios de MS mostraram que a maioria destes eram de raça/cor branca, do sexo feminino, enfermeiros ou nutricionistas, com vínculo empregatício de servidor público municipal, responsáveis pela APS e estavam recentemente no cargo/função.

A proporção de pessoas de cor ou raça branca na gestão das ações de alimentação e nutrição (62%) é maior do que a encontrada na população de MS (47,3%), o que resultou em proporções menores do que as do estado em todas as demais cores ou raças (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

De acordo com informativo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta situação é reflexo da desigualdade social no país, na qual pessoas não brancas representam a maioria da força de trabalho do Brasil, mas a taxa de subutilização de tal força é sempre maior nesta população, independentemente do grau de instrução, além de serem a maioria em ocupações informais (65,4%) e a minoria em cargos gerenciais (31,4%). Bem como a renda média mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% superior às demais. Ressalta-se que a desigualdade salarial se manteve tanto em ocupações formais como informais em 2018, também em todos os níveis de instrução e quando considerado o rendimento por hora trabalhada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Do ponto de vista da alimentação e nutrição, esse perfil ser repetido entre seus gestores pode se apresentar como uma ferramenta de reforço das desigualdades sociais, sendo que a inclusão e visão dos problemas que a desigualdade social causa na alimentação e no estado nutricional das pessoas pode ser interpretada apenas sob o viés de um grupo populacional historicamente mais privilegiado.

Conforme observado, o sexo feminino ocupou 92,4% dos cargos de gestor da ATAN, ou da função de representante da área, nos municípios em que não existe tal cargo. O que já era de se esperar, pois, segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o último censo do IBGE, as mulheres representam a maioria dos trabalhadores da área da saúde, inclusive em cargos de gestão, tanto no setor público como no privado. Cabe destacar que as principais profissões encontradas no presente estudo foram as de enfermagem e nutrição, carreiras nas quais as mulheres ultrapassam 80% e 90% de participação, respectivamente (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012), principalmente porque o cuidado é considerado uma função feminina na sociedade atual.

Apesar de a enfermagem e a nutrição apresentarem-se como as profissões mais comuns nesses cargos, o que salta aos olhos é a existência de gestores com formações alheias à área da saúde e até mesmo sem ensino superior completo (esta última apenas em municípios onde a ATAN não estava presente no organograma da SMS), confrontando a PNAN, visto que esta orienta que gestores e outros profissionais de saúde devem ser qualificados para a implementação de ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013c).

Isso é reforçado pelo tempo de experiência no cargo, já que mais da metade estava no cargo ou função por no máximo 2 anos, o que pode indicar que é papel recente no município ou que há grande rotatividade de recursos humanos.

Ambas as hipóteses podem ser problemáticas, uma vez que as ações de alimentação e nutrição deveriam estar inseridas e organizadas nos municípios há décadas, visto que a PNAN foi aprovada em 1999 (BRASIL, 2013c), e que a alta rotatividade dos profissionais nos serviços públicos de saúde pode prejudicar a melhoria da qualidade dos mesmos, pois desmotiva a elaboração de estratégias e planos de médio e longo prazo, e barra sua execução, impedindo a continuidade e longitudinalidade tão importante neste âmbito (PIALARISSI, 2017).

Os resultados podem reforçar que a institucionalização da ATAN nos municípios tem potencial de promover melhora na organização, planejamento e envolvimento das ações de alimentação e nutrição dentro da gestão do cuidado nutricional, no preparo dos territórios para enfrentamento das doenças e agravos de cunho nutricional e na ampliação da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, por apresentar ações e metas de alimentação e nutrição em planos/relatórios, elaborar protocolos, guias e/ou manuais de APS e possuir RT formalmente indicado à área de alimentação e nutrição, com participação nos processos decisórios da SMS.

A definição de metas de alimentação e nutrição demanda conhecimento acerca da temática, do diagnóstico atualizado do território (inclusive estimativas e progressões) e dos recursos humanos, materiais e estruturais aos quais a SMS tem acesso. E a presença de tais metas nos planos e relatórios do município remetem a relevância que este atribui à área, com monitoramento sistemático que fundamenta a elaboração de estratégias para que os resultados sejam mais satisfatórios e/ou progressivos, e, assim, percebidos, reconhecidos e incentivados.

Além disso, o alcance das metas pode gerar incentivos financeiros, como, por exemplo, o programa Previnde Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, já que o pagamento por desempenho é um de seus componentes para repasse de recursos aos municípios (BRASIL, 2019; HARZHEIM *et al.*, 2020).

No contexto geral do MS, vários gestores revelaram que as conferências de saúde não foram realizadas em 2019 (quando a pandemia de Covid-19 ainda não havia chegado ao Brasil,

portanto descarta-se este viés), mesmo tais eventos sendo requisito para a formulação do Plano Municipal de Saúde para a troca de gestão.

Em adição a este problema, entre os municípios nos quais os gestores alegaram ter ocorrido conferência de saúde no ano em questão, quase dois terços destas conferências deixaram de integrar as ações da política e/ou plano municipal de alimentação e nutrição nas discussões. Ou seja, a alimentação e nutrição não foi considerada para se traçar diretrizes para as políticas públicas de saúde municipais e subsidiar a elaboração dos Planos Plurianuais e Municipais de Saúde, com suas metas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Desta forma, com a área de alimentação e nutrição excluída das conferências municipais por grande parte do estado, dificultou-se o debate sobre o tema no âmbito local, que, conseqüentemente, não tiveram representatividade de propostas na conferência estadual e, assim, não foi pauta fidedigna de discussão na conferência nacional.

Em agosto de 2019, foi realizada a 16ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Democracia e Saúde”, apresentando três eixos temáticos, a saber: 1) Saúde como Direito; 2) Consolidação dos Princípios do SUS; e 3) Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Para se ter ideia do peso deste evento, seus participantes tiveram a oportunidade de traçar diretrizes para as políticas públicas de saúde no Brasil, de modo que seu relatório embasou a construção do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde (GARCIA, 2020; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019). Lembrando que o DHAA deve estar dentro deste primeiro eixo.

A elaboração de protocolos, guias e manuais de APS, bem como o acesso a estes materiais, aproxima os gestores e profissionais das evidências científicas tão cruciais à tomada de decisão em saúde, que, de acordo com Becker, Rech e Reis (2018), dificilmente ocorreria por outras vias, já que a maioria dos gestores aponta dificuldades no acesso a periódicos científicos, seja por falta de tempo, alto custo ou por não saber escolher as melhores opções disponíveis. E, claro, é a participação nos processos decisórios que permite reais transformações, adequações, investimentos e melhorias à gestão da área de alimentação e nutrição e, conseqüentemente, ao serviço de saúde/nutrição e seus resultados aos usuários.

Em contrapartida, não institucionalizar a ATAN no organograma pode enfraquecer a gestão do cuidado nutricional, pois sem uma política específica na qual possa se fundamentar, o cuidado em alimentação e nutrição, paulatinamente essencial no atual perfil epidemiológico do país, pode se estabelecer de forma desorganizada e/ou limitada a determinadas demandas, como consultas para emagrecimento, palestras sobre hipertensão e diabetes, programas de transferência de renda e de suplementação de micronutrientes, que, apesar de importantes, não

devem ser as únicas ações dentro desta temática (BRASIL, 2013c). Para a efetiva implementação de ações e estratégias, para além do reconhecimento de sua importância pelos profissionais de saúde, é necessário que estes tenham acesso à política que a valide, educação permanente e/ou continuada e reflexões acerca da gestão democrática, com tomada de decisões compartilhadas (SILVA *et al.*, 2012).

Assim como a falta de metas de alimentação e nutrição no planejamento, ou o desconhecimento acerca delas, prejudica a priorização, a qualificação e o monitoramento das ações da área. Com isso, a gestão da promoção da saúde, da prevenção de doenças e do manejo destas ficam comprometidas, de forma sistêmica e prejudicial ao SUS.

No que tange ações de alimentação e nutrição de maneira geral, é importante destacar que o monitoramento das questões da temática por parte de uma ATAN bem instituída e organizada, pode permitir identificar quais aspectos necessitam de mais atenção e recursos, inclusive financeiros, para aumentar a efetividade dos serviços e melhorar o diagnóstico do território. Porém, como visto anteriormente, a gestão financeira e/ou orçamentária consiste em uma fragilidade da área de alimentação e nutrição no estado, que perpassa pela falta de acompanhamento da gestão dos recursos e processos licitatórios da área até a inexistente ou reduzida frequência de reuniões com a área de gestão financeira/orçamentária para discutir o uso da verba da alimentação e nutrição.

Como a maioria dos municípios referiu não saber se recebe FAN e de VAN, a escassez destas reuniões é congruente, pois, se a gestão da área de alimentação e nutrição desconhece os apoios financeiros disponíveis para custear de suas ações e equipamentos, dificilmente se organizará em torno da gestão orçamentária sobre estes aspectos. Desta forma, falhas na coordenação administrativa da ATAN, como despreparo profissional e consequente subutilização de recursos financeiros, enfraqueceram a condução técnica na mesma, ferindo pelo menos metade dos objetivos da gestão (SOUZA, 2009).

Em contraponto ao desconhecimento em larga escala dos gestores em relação às ações de alimentação e nutrição, pode se destacar que o VAN, recurso instituído por meio da Portaria n.º 2975 de 14 de dezembro de 2011 para compra de equipamentos antropométricos (BRASIL, 2011), estava presente na conta de 73 dos 79 municípios, com valores de até 85 mil reais no ano de 2020, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (2021), conforme listado no Anexo C.

Já o FAN, recurso para auxiliar na estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, que previamente beneficiava somente municípios com mais de 150 mil habitantes, passou a abranger municípios com mais de 30 mil habitantes a partir da Portaria n.º

1012 de 18 de maio de 2020 (BRASIL, 2020) e, assim, o FAN que era disponibilizado a apenas dois municípios do estado, tornou-se possível a outros doze municípios, totalizando 20% do estado amparado por este incentivo financeiro. Na relação atualizada de MS, contendo os catorze municípios elegíveis ao FAN, estão: Amambai, Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Maracaju, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã, Rio Brillhante, Sidrolândia e Três Lagoas (Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2021).

Entre estes municípios, apenas três possuem ATAN e, destes, todos reconheceram o recebimento do FAN (100%). Por outro lado, entre os onze municípios que não possuem ATAN, 9% relataram que o não recebiam, 27% que não sabiam e 64% responderam que o recebiam. Assim, reforçou-se que o conhecimento no âmbito financeiro/orçamentário da área nutricional foi mais expressivo nos municípios cuja organização contempla a ATAN instituída no organograma da SMS.

Em suma, as ações de vigilância e educação alimentar e nutricional, promoção da saúde, prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação, principalmente relativas ao sobrepeso e à obesidade, incluindo a aquisição de equipamentos adequados para o atendimento integral dessa população (com dimensões e capacidades inclusivas, visando conforto, segurança e não estigmatização da pessoa com obesidade) estavam subutilizadas no estado, pois grande parte dos municípios que deveria contar com os recursos da estruturação da VAN e/ou FAN para ampliar a resolutividade, escopo e acesso, subutilizava esse orçamento por falta de preparo/informação dos gestores frente às ações de alimentação e nutrição.

Além destes recursos específicos e direcionados, menos da metade dos municípios afirmou realocar recursos para os diversos temas da área de alimentação e nutrição, salvo o da avaliação antropométrica da população ou com recortes específicos, provavelmente devido à obrigatoriedade da realização de antropometria nos beneficiários do então Programa Bolsa Família (PBF), substituído pelo Programa Auxílio Brasil, regulamentado por meio do Decreto n.º 10.852, de 8 de novembro de 2021 (BRASIL, 2021).

Cabe destacar que, entre estes temas que não recebem recurso da maioria dos municípios, estão as ações de PAAS, diagnóstico, prevenção e controle de excesso de peso e DCNT. O que parece ir à contramão na atual situação pandêmica de sobrepeso/obesidade e outras condições crônicas relacionadas, que demandam estratégias de manejo urgentes, integrais e contínuas, com vistas a melhorar não apenas a saúde da população como também reduzir os custos com procedimentos ambulatoriais e hospitalizações, que custaram mais de 23 milhões de reais ao estado em 2019 (25,5% do gasto com DCNT), sem contar outras consequências onerosas de tal negligência (REZENDE *et al.*, 2021).

Ao considerar as diferenças entre municípios, é nítido como os sem ATAN instituída no organograma apresentam a maior taxa de desconhecimento sobre a alocação de recursos para os temas “Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos”, “Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos”, “Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais”, “Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição”, “Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à alimentação e nutrição” e “Avaliação do consumo alimentar”. Em outras palavras, nem mesmo os gestores ou representantes da área sabem se a educação permanente e/ou continuada e grande parte da avaliação alimentar e nutricional estão, ou não, recebendo recursos financeiros para seu desenvolvimento, monitoramento e qualificação nestes municípios.

Em linhas gerais, a falta de informação sobre a área pela qual se é responsável pode ser reflexo direto e/ou indireto do pouco tempo no cargo; do despreparo profissional pela falta de educação permanente/continuada e/ou formação acadêmica nos aspectos referentes à gestão e principalmente a questões financeiras e orçamentárias; da falta de organização da área, por não se ter ATAN no organograma; pela falta de política pública municipal e/ou manual fornecido pela SMS acerca das competências do cargo; da sobrecarga de trabalho que dificulta o acompanhamento de todo o âmbito da área, em especial quando atribuído a apenas um indivíduo, ao invés de uma equipe multiprofissional e, ainda maior, quando a gestão e as ações da ponta são ambas centralizadas nesta mesma pessoa; da dificuldade ou desinteresse pessoal do gestor, entre outros motivos possíveis.

Com o modelo da primeira árvore de decisão, ficou evidente a atual relevância de se ter um gestor formalmente indicado como responsável pelas ações de alimentação e nutrição em MS, para que haja maior probabilidade de a ATAN participar formal e regularmente dos processos decisórios de gestão e planejamento da SMS, bem como que saiba da existência de ações e metas nos relatórios, e de protocolos de terapia nutricional para atender a população no município. Desta forma, pensando no contexto de transição nutricional (BRASIL, 2013c), piora nos fatores de risco para DCNT (BRASIL, 2007, 2022) e com o estado de MS sendo recordista de mortes atribuíveis ao excesso de peso (REZENDE *et al.*, 2021), faz-se necessário repensar a organização da atenção nutricional sob ótica mais institucionalizada pelas prefeituras e SMS.

Ao analisar a raiz, é possível notar que ter nutricionista foi um fator determinante para o surgimento de um ramo de diferenciação assertivo sobre a participação em processos decisórios, enquanto a ausência do nutricionista apenas possibilitou ramos de diferenciação inespecíficos, sobre saber ou não responder às perguntas. Conforme pontuaram Fagundes,

Damião e Ribeiro (2021), é fundamental que a gestão municipal da PNAN esteja apta à concretização da política e suas ações no âmbito dos serviços de saúde.

Este panorama fomenta a reflexão de que o curso de graduação em nutrição ainda é o único cujas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em vigência abrangem a PNAN, ao determinar que devem ser desenvolvidas “competências de gestão e assistência em políticas, programas e serviços no campo da alimentação e nutrição” na Resolução n.º 704, de 20 de outubro de 2022 (BRASIL, 2022, p. 17), fazendo com que o nutricionista seja o profissional mais capacitado para gestão e condução de ações de alimentação e nutrição, se não o único, para assumir a responsabilidade técnica pela área. Lembrando que a própria PNAN considera a qualificação dos gestores como uma “necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro” (BRASIL, 2013c, p. 45), desta forma é primordial que o nutricionista ou outro profissional devidamente habilitado esteja envolvido na gestão, direcionando a equipe multiprofissional na atenção nutricional.

Há a hipótese de que os municípios estão empregando menos nutricionistas do que o necessário para atender às demandas da SMS, mesmo com oferta de profissionais no mercado de trabalho. Porém, como os municípios de MS são, em sua maioria, pouco populosos, pode haver escassez de nutricionistas para atender simultaneamente aos cargos de gestão, apoio técnico-pedagógico aos demais profissionais e cuidado à população nas unidades de saúde, educação, assistência social e outros, fazendo com que se dê prioridade ao atendimento nutricional ao usuário do SUS e mantendo o cargo de gestão sob responsabilidade de outra categoria profissional. Neste caso, o ideal seria capacitar o atual RT da atenção nutricional, para que este compreenda de fato como deve ser a gestão da área e, a nível de formação, que outros cursos da área da saúde e assistência social incluam a PNAN em suas grades curriculares.

Conforme observado, poucas são as SMS que dispõem de canais de comunicação para que os profissionais de saúde busquem orientação e esclarecimento de dúvidas sobre as ações na temática da alimentação e nutrição. O que afasta o profissional e, conseqüentemente, o serviço por ele oferecido, das condutas mais acertadas em relação às singularidades locais, lhe restando apenas contar com os documentos norteadores sobre o tema da dúvida (caso existam e o profissional tenha acesso a estes), podendo até mesmo desmotivar o servidor, levando à desistência da ação.

Os canais de comunicação poderiam agilizar o processo de compreensão de questões pontuais, nem sempre explícitas em manuais e guias, cuja leitura pode ser extensa e cansativa,

o que demanda tempo e energia, artifícios escassos quando se trata de profissionais de saúde ocupados e, muitas vezes sobrecarregados, em busca do bem-estar dos usuários do SUS.

Justamente pensando nisso, no estado de Tocantins, a SES criou um canal para orientar e sanar dúvidas de profissionais de saúde municipais e estaduais sobre a COVID-19, por meio da Plataforma Telessaúde, com o objetivo de “dar orientações rápidas e corretas aos servidores da área de saúde sobre o COVID-19. Evitando assim informações incorretas que podem ocasionar em atendimentos equivocados aos pacientes.” (MIRANDA, 2020, p.1). Este tipo de canal poderia auxiliar os profissionais de saúde de MS em diversas outras temáticas, como as de alimentação e nutrição, caso as SMS do estado seguissem tal exemplo.

Nesta questão seria interessante que o instrumento de coleta questionasse qual tipo de canal de comunicação a SMS dispõe aos seus servidores, pois não é possível saber se o canal é formal ou simplesmente o contato usual com gestor/referência por telefone, e-mail, conversa por aplicativo *WhatsApp*, entre outros.

O consumo de canais de recebimentos de notícias sobre a PNAN ou temas relacionados, bem como o contato realizado com a CGAN e a GEAN, com o acesso a seus respectivos apoios, são mais frequentes nos municípios com ATAN em comparação aos sem ATAN. Tais resultados reforçam a importância da ATAN no município, no sentido de manter a área de alimentação e nutrição municipal informada e atualizada sobre seu próprio processo de trabalho e a área como um todo.

A partir destas noções torna-se possível trabalhar corretamente e com segurança, por saber o que, como, quando e porque executar as funções às quais o cargo de gestor da área de alimentação e nutrição lhe confere, em outras palavras, trata-se da tomada de decisão baseada em evidências que, neste caso, já encontram-se sob forma de protocolos e condutas mais práticos, sistematizados e amplamente utilizados na saúde coletiva, cabendo ao gestor, então, aplicá-los considerando o contexto do município, com as devidas adaptações, caso necessário.

A política baseada em evidência visa melhorar a aplicação de recursos (humanos, materiais, financeiros, entre outros) para consolidar a proteção, promoção e atenção à saúde e, portanto, deve ser utilizada nas tomadas de decisão no tocante à implementação da PNAN para o adequado manejo da má nutrição e seus agravos desde o âmbito municipal (BRASIL, 2015; ORUÉ *et al.*, 2022; RAMOS; SILVA, 2018).

Além dos escassos canais de orientação, a autonomia para propor projetos, programas ou ações da área de alimentação e nutrição também se mostrou baixa, então o cenário aparenta ser constituído apenas das ofertas tradicionais aos usuários, sem inovação e novas estratégias. A falta de autonomia dos profissionais de saúde, a exemplo de estudos com enfermeiros e/ou

médicos, pode reduzir a resolutividade e descontinuar o cuidado integral aos usuários (MARCOLINO, 2023; PEREIRA; OLIVEIRA, 2018). E, conforme o próprio Albert Einstein expôs, “insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”.

Ao considerar que a melhoria nas condições de alimentação da população poderia prevenir um quinto das mortes no mundo, que o sistema alimentar atual vem exercendo significativa influência negativa no estado de saúde e nutrição da população, inclusive a partir do alto consumo de produtos alimentícios ultraprocessados, ricos em gorduras, sódio e açúcares adicionados (BRASIL, 2014, 2019, 2021; MARQUES; BELLO; MAZZETI, 2021), e que a obesidade:

- 1) Tem origem complexa, que pode incluir aspectos genéticos, hormonais, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, de desordem dos comportamentos alimentar e sedentário (COSTA *et al.*, 2009; DIAS *et al.*, 2017; PEREIRA; FARIA; LOPES, 2019);
- 2) É o maior desafio na área de alimentação e nutrição do MS, sendo o terceiro maior estado em número de casos por habitantes do país, e o primeiro em número de óbitos atribuíveis à obesidade, com 959,7 mortes por milhão de habitantes (REZENDE *et al.*, 2021);
- 3) Apresenta crescente prevalência no estado, a exemplo do aumento de quase 50% em homens, no intervalo de apenas seis anos (BRASIL, 2022; MAZZETI; RAFACHO, 2023);

Torna-se nítido que as condições no MS estão piorando porque, enquanto os agentes etiológicos da obesidade crescem e impactam cada vez mais a sociedade, no âmbito do serviço de saúde pode-se auxiliar apenas em algumas das causas da doença, sendo a área de alimentação e nutrição responsável por trabalhar o aspecto da desordem do comportamento alimentar. E, como visto, as ferramentas utilizadas pela área de alimentação e nutrição, para vencer esta batalha, não são suficientes para reverter o quadro e, portanto, precisam de novos métodos, com atualizações e inovações, os quais demandam que se tenha autonomia para propor estratégias.

No tocante ao uso de sistemas de informação do Ministério da Saúde, voltados ao registro e monitoramento para apoio da gestão das ações de alimentação e nutrição, o único ponto de diferença estatística entre os municípios com e sem ATAN foi a maior frequência de utilização do sistema de gerenciamento da EAAB pelas SMS onde existe ATAN instituída.

Segundo o Ministério da Saúde, a EAAB tem grande relevância na implantação e implementação da PNAN. O nome completo da EAAB é Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS e, como tal, seu

propósito consiste em estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de dois anos de idade, com base no Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, por meio da qualificação do processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na APS. Desta forma, o sistema de gerenciamento da EAAB não abrange os registros das ações de promoção da amamentação e alimentação diretamente com as famílias/mães, e sim os de formação de tutores e atividades realizadas nas oficinas (BRASIL, 2017d; ORUÉ *et al.*, 2022). O que sugere que os municípios com ATAN investem mais na qualificação dos profissionais nesta temática, que, por sua vez, pode ajudar a prevenir o excesso de peso desde o início da vida.

Ainda sobre sistemas de informação, ao observar as áreas de alimentação e nutrição do MS como um todo, o Sisvan, que deveria compulsoriamente alimentado e servir de base para o planejamento de todas as ações de alimentação e nutrição, especialmente por permitir monitorar o consumo alimentar e os casos de obesidade no território (BRASIL, 2008b), com auxílio de diversos filtros (como etapa do ciclo de vida, sexo e local), não está entre os mais utilizados por aproximadamente um a cada quatro gestores da área.

Vale lembrar que a VAN atua por meio da identificação e prevenção de problemas relacionados à alimentação e nutrição, sendo essencial não apenas para o monitoramento da situação nutricional da população, mas também para a implementação de políticas e programas de promoção da alimentação saudável e prevenção de doenças relacionadas à nutrição. E, por isso, deve-se investir na organização da VAN, que conta com o Sisvan, para que se ofereça um cuidado integral e de qualidade aos usuários (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2008b; CAMPOS; FONSECA, 2021).

Em estudo com residentes de Saúde da Família, na capital de MS, Campo Grande, também foram encontradas barreiras ao cuidado integral à saúde dos usuários, como divergências e dificuldades relativas à vigilância em saúde (MARCOLINO, 2023), o que sugere que a vigilância enquanto processo de trabalho, seja em saúde ou alimentação e nutrição, carece de atenção especial no estado.

Já no contexto das articulações intersetoriais, como as que ocorrem em parceria com os setores de educação e assistência social, por exemplo, a diferença encontrada entre os grupos foi, novamente, uma vantagem encontrada nos municípios com ATAN, desta vez no que tange ações de VAN. Segundo a PNAN, deve existir articulação da VAN com outros setores públicos, para que seja realizado monitoramento da população quanto ao estado nutricional e ao padrão de consumo alimentar (BRASIL, 2013c).

E conforme destacam Fagundes, Damião e Ribeiro (2021), a VAN deve funcionar como um fio condutor das ações de alimentação e nutrição, de modo a fortalecer a implementação da organização da assistência em rede. Lembrando que a própria PNAN considera a VAN como uma de suas diretrizes, posto que tem potencial riquíssimo de investigação, registro e monitoramento das condições alimentares e nutricionais da população, informações estas que devem constituir a base para o planejamento e execução das ações de atenção nutricional, promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, e qualidade e regulação de alimentos, no âmbito tripartite da gestão do SUS (BRASIL, 2013c).

Felizmente, a maioria das SMS se mostrou incentivadora da educação permanente para prevenção e controle do excesso de peso aos profissionais da APS. Contudo, menos da metade referiu que a educação continuada é estimulada.

Para evitar dúvidas durante o preenchimento, no próprio instrumento de coleta de dados constava que poderiam ser considerados tanto os incentivos diretos como os indiretos, bem como os conceitos foram explicados conforme transcrito a seguir:

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

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

Mas, mesmo com tal informação, talvez o questionário tenha pecado em relação a não expor como exemplos os cursos de atualização, já que, na primeira pergunta derivada desta, os respondentes apontaram que as estratégias de formação profissional mais incentivadas pela SMS (considerada, pelos respondentes, a instituição mais envolvida no planejamento/execução da formação em serviço em obesidade, DCNT ou PAAS) foram a formação à distância, por meio do Telessaúde, seguida da participação em eventos de atualização técnica.

O que vai ao encontro do estudo de Carvalho (2021), que declara que aplicar esforços e recursos em plataformas como a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e outras formas de EaD promete bons resultados, especialmente no quesito cobertura, já que profissionais e equipes de APS de diversas localidades podem acessar os cursos simultaneamente.

E, ainda entre os municípios cuja SMS incentiva a educação segundo os respondentes, como a minoria dos gestores afirmou que a área de alimentação e nutrição teve algum tipo de contribuição no planejamento e realização dos cursos de formação em serviço, com temática em obesidade, DCNT ou PAAS, faltou indagar, então, quem foram os responsáveis pelos cursos de educação permanente, se profissionais/gestores externos ao município, por exemplo.

De todo modo, gera estranheza não haver participação da área de alimentação e nutrição municipal nos cursos de formação, principalmente em se tratando de temáticas correspondentes às suas maiores responsabilidades. Contudo, esta falta de contribuição nos cursos pode ser devido à insegurança sobre os conhecimentos e/ou falta de qualificação de fato, já pouquíssimos respondentes consideraram a formação dos gestores e profissionais de saúde municipais suficientes, em todos os quesitos apresentados, o que incluiu PAAS, a organização e gestão de Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou obesidade, e a prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e DCNT.

Cabe recordar que, no âmbito da área de alimentação e nutrição, tanto a educação permanente, quanto a educação continuada, são essenciais para se seguir a diretriz Qualificação da Força de Trabalho da PNAN, de modo que os gestores de saúde estejam devidamente capacitados para lidar com o processo de implementação de políticas, programas e ações da área (BRASIL, 2013c; JAIME *et al*, 2018).

Como limitações do estudo, destaca-se que acessar a todos os municípios do estado em relação à alimentação e nutrição durante o período de pandemia da COVID-19 foi bastante desafiador para se obter respostas precisas e informativas no estado.

Ao considerar a extensão do instrumento de coleta utilizado, que contém 82 questões direcionadas a esses gestores, o que representou cerca de 1 hora e meia para preenchimento, em um contexto pandêmico atípico e exaustivo especialmente aos envolvidos com a saúde coletiva, entende-se que a participação no estudo poderia significar sobrecarga ao profissional respondente e que podem ter ocorrido possíveis falhas na compreensão de algumas questões, já que o período coincidiu com profundas transformações na gestão da APS frente à pandemia.

Outro ponto referente ao instrumento é que o mesmo consiste em um questionário não validado, cuja construção pelo Ministério da Saúde e IES, em 2019, se deu especificamente para as pesquisas descentralizadas provenientes da chamada pública de enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS, de 2018, desta forma, o presente estudo e os dos demais estados brasileiros, que usufruíram do mesmo questionário, poderão alicerçar a edição e validação de instrumento para diagnosticar a organização da gestão da área de alimentação e nutrição no âmbito da APS, aplicável em todo o país.

Ainda pode-se chamar a atenção para o fato de a pesquisa ser online, o que pode gerar dúvidas quanto ao teor de algumas questões, podendo o respondente se confundir ou deixar alguns questionamentos em branco. Porém, acredita-se que isto não comprometa muito os dados, pois a pesquisa foi aderida em totalidade pelo universo de municípios de MS.

Como os próprios municípios indicaram os gestores da área de alimentação e nutrição para representá-los, não existe a certeza de que os participantes selecionados eram os mais embasados e habilitados da SMS ao preenchimento do questionário.

Por se tratar de estudo pioneiro na área, devido a inexistência de dados sobre a relação entre gestão em alimentação e nutrição, instituição de ATAN, desafio de subfinanciamento, falta de informação sobre a própria área, e situação epidemiológica, tanto estadual quanto nacional, a discussão dos achados precisou valer-se de publicações externas ao tema e, por vezes, além do setor saúde, principalmente por reconhecer a importância da gestão baseada em evidências para melhor alocamento de recursos financeiros e humanos, para controle mais efetivo de agravos à saúde multifatoriais como a obesidade.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar: a) a identificação de demandas para o aprimoramento da organização da gestão das ações de alimentação e nutrição no âmbito da APS no estado; b) a elaboração de planos de ação e/ou estratégias para tornar a gestão mais eficiente e efetiva conforme as singularidades do estado; c) a construção da LCSO e de uma RAS resolutiva e de ampla cobertura, para o enfrentamento e controle da obesidade na APS de MS; d) a otimização dos custos com ações de alimentação e nutrição no MS e seus municípios, além de outras localidades, com as devidas adequações; e) a elaboração e/ou adequação de instrumento de coleta, seguida de validação, para identificar o contexto organizativo da gestão das ações de alimentação e nutrição no Brasil; f) a próxima atualização da PNAN, juntamente aos dados de outros estados e do instrumento de coleta complementar ao utilizado nesta tese (direcionado aos profissionais de saúde); e g) a construção de evidências científicas para alicerçar tomadas de decisão nos âmbitos da atenção nutricional, da APS e do SUS.

7 CONCLUSÃO

A organização da gestão da atenção nutricional revelou-se preocupante no estado de Mato Grosso do Sul, principalmente nos três quesitos listados a seguir, sendo necessários, então, mais investimentos e estratégias, no âmbito municipal, referentes a:

1) Qualificação, visto que foram encontradas vulnerabilidades referentes a formação, informação, orientação e atualização para gestores e/ou profissionais de saúde na temática da alimentação e nutrição;

2) VAN, principalmente no uso do Sisvan para registro e monitoramento da situação alimentar e nutricional dos municípios; e

3) Autonomia, já que aprimoramentos, adequações e inovações em projetos, programas e ações de atenção nutricional são urgentes, especialmente no que tange a obesidade, cuja prevalência é crescente no MS.

Demonstrou-se que, nos municípios sul-mato-grossenses, a existência do profissional nutricionista na equipe de gestão de alimentação e nutrição estava atrelada ao maior relato da participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento da SMS, o que é positivo e importante para os desafios atrelados a alimentação e nutrição que perpassam pela APS, pensando em resolubilidade de problemas. Porém a presença de nutricionista na equipe em questão limitou-se a pouco mais de um quarto dos municípios.

Além disso, ficou nítido que a dimensão financeira/orçamentária representa grande fragilidade da gestão das AAN em MS, em especial nos municípios que não incluíram a ATAN no organograma da SMS. E o simples fato de saber para onde os recursos estão sendo direcionados já constitui grande vantagem dos municípios com ATAN sobre os demais, visto que se pode ter mais controle da situação, organizar, planejar, priorizar e monitorar a gestão da área, bem como saber quanto recurso se tem e distribuí-los conforme as demandas mais urgentes, para tentar alcançar resultados cada vez melhores e mais eficientes.

Esta análise acerca da notoriedade dos possíveis benefícios que a inserção de ATAN no organograma pode trazer para a organização da gestão, em especial no que se refere à compreensão e conhecimento dos temas ligados à gestão e que foram abordados por intermédio das questões do instrumento, podem ser extrapolados da dimensão financeira para o próprio processo de trabalho no âmbito da gestão, o que inclui a busca de apoio das referências estadual e nacional (GEAN e CGAN), canais de orientação, atualização e para divulgação relativas à área de alimentação e nutrição e suas ações, e a articulação com setores externos à saúde.

Assim, ficou destacada a importância da instituição da ATAN nos municípios e da formalização de RT pela área de alimentação e nutrição pelas SMS, principalmente alguém que seja capacitado no assunto para fazer frente aos problemas relacionados a carga de má nutrição que afligem a APS e consomem recursos consideráveis do SUS. Deste modo, mesmo que a PNAN não determine obrigatoriedade sobre a implantação de ATAN nos organogramas das SMS, pensando em ciclo de políticas públicas, eficiência, eficácia, efetividade e monitoramento das ações de alimentação e nutrição, sugere-se que esta questão seja revista.

Esta reflexão, fundamentada nos resultados encontrados no estudo, poderia contribuir com próxima atualização da PNAN (principalmente se outros estados apresentarem semelhanças nos desfechos das pesquisas análogas), sob forma de implantação de novas estratégias para aprimorar a organização da gestão da área de alimentação e nutrição, como, por exemplo, destinar incentivos financeiros exclusivos para municípios com ATAN ou condicionar algum incentivo já existente, de forma que este apenas seja concedido ao município mediante instituição de ATAN no organograma da SMS, e/ou que se tenha um cadastro nacional dos RT pela área, para que as prefeituras passem a receber incentivos (como financeiros e/ou direito a alguns programas) como já ocorre com os nutricionistas RT do setor da educação, com vistas a possibilitar que a CGAN e a GEAN tenham acesso facilitado a uma relação de RT cadastrados e, assim, tenham melhor entendimento sobre com quem entrar em contato, em cada caso, tornando as ações e financiamentos mais capilares, e, por conseguinte, melhoraria o contato e articulação com ambas as referências técnicas, e o processo de educação continuada.

Vale lembrar que, para que medidas nacionais sejam tomadas de fato, como, por exemplo, no desenvolvimento de uma segunda atualização da PNAN, são necessárias análises da gestão da área de alimentação e nutrição de múltiplas realidades, preferencialmente acerca de todos os estados brasileiros, de modo a representar a diversidade do país em sua totalidade.

Como perspectivas futuras à defesa desta tese, pode-se elencar: 1) desenvolvimento e publicação de mais evidências científicas para subsidiar tomadas de decisão a nível municipal e estadual, assim como novas versões da PNAN e no tocante a outros programas e políticas de gestão, irrestritos à área de alimentação e nutrição; 2) metodologia que possa ser reproduzida no Brasil inteiro, já que houve coletas idênticas com o mesmo questionário nas 5 macrorregiões; 3) apoio técnico à APS no MS para que a mesma conduza melhorias no seu processo de trabalho, na esperança de reduzir os números de casos de obesidade, de óbitos atribuíveis à mesma, e seus custos ao SUS, e, quiçá, transformar o MS em estado modelo na prevenção e manejo da obesidade, digno de estudo de caso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. B. *et al.* Total and Abdominal Adiposity and Hypertension in Indigenous Women in Midwest Brazil. **PloS One**, v. 11, n. 6, p. e0155528, 2016.

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. 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. 4331-40, 2014.

ALVES, K. P. S.; SANTOS, C. C. S.; LIGNANI, J. B.; ALBUQUERQUE, R. M. Entre intenções e contingências, antigos programas e demandas por novas práticas de atenção nutricional no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, supl. 1, 2021.

ARRETCHE, M. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 221-72, 2015.

BECKER, L. A.; RECH, C. R.; REIS, R. S. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018.

BORTOLINI, G. A.; OLIVEIRA, T. F. V.; SILVA, S. A.; SANTIN, R. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, e39, 2020.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021. Regulamenta o Programa Auxílio Brasil, instituído pela Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021. **Diário Oficial da União**: seção 1 - extra A, Brasília, DF, n. 209-A, p. 1, 8 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília. 2017c.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 704, de 20 de outubro de 2022**. Aprova as contribuições do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2022/2782-resolucao-n-704-de-20-de-outubro-de-2022>. Acesso em: 8 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** - Versão Resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1012, de 18 de maio de 2020. Estabelece, no ano de 2020, incentivo de custeio para a estruturação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos Municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 154, 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 240, p. 93, 15 dez. 2011b.

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**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 20 mar. 2013a. Seção 1, p. 23-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1, p. 25-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999. Institui a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Seção 1, p. 97.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde**: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 120 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 131 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view> . Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde. **Manual de orientação para a Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017a, supl., p. 1.

BREIMAN, L.; FRIEDMAN, J. H.; OLSHEN, R. A.; STONE, C. J. **Classification and regression trees**. CRC press, 1984.

BROWNSON, R. C. *et al.* **Evidence-Based Public Health**. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2018.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Campo Grande: Sesau, 2017. 231 p. Disponível em: <https://transparencia.campogrande.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2023.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis Campo Grande - MS**. Diário Oficial de Campo Grande - MS, Suplemento I, 11 abr. 2023.

CAMPOS, D. S.; FONSECA, P. C. Food and nutrition surveillance in 20 years of the Brazilian National Food and Nutrition Policy. **Cadernos De Saude Pública**, v. 37, n. Suppl 1, p. e00045821, 2021.

CARVALHO, M. F. C. C. 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, p. e00035321, 29 out. 2021.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Avaliação de Políticas Públicas**: Guia prático de análise ex post. v. 2. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. 301 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.

CHEN, M.; MAO, S.; LIU, Y. Big data: A survey. **Mobile Networks and Applications**, v. 19, n. 2, p. 171-209, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília. [2023]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/index.php/seguranca-alimentar-e-nutricional/>. Acesso em: 17 abr. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **16ª Conferencia Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>. Acesso em: 25 abr. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Gestão. Protagonismo feminino na saúde**: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 29 dez. 2021.

COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, C. G. F.; SILVA, E. V. O que realmente importa no processo de tomada de decisão considerando políticas públicas baseadas em evidência. **Revista Administração em Diálogo**, v. 18, n. 2, p. 124-143, maio/ago. 2016.

DAVENPORT, T.; KALAKOTA, R. The potential for artificial intelligence in healthcare. **Future Healthcare Journal**, v. 6, n. 2, p. 94-98, 2019 Jun.

DENYSYUK, H. V. et al. Algorithms for automated diagnosis of cardiovascular diseases based on ECG data: A comprehensive systematic review. **Heliyon**, v. 9, n. 2, p. e13601, 2023 Feb.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00006016, 27 jul. 2017.

ESMAILY, H.; TAYEFI, M.; DOOSTI, H.; GHAYOUR-MOBARHAN, M.; NEZAMI H.; AMIRABADIZADEH, A. A Comparison between Decision Tree and Random Forest in Determining the Risk Factors Associated with Type 2 Diabetes. **Journal of Research in Health Sciences**, v. 18, n. 2, p. 412, 2018 Apr.

FLEURY, S. Políticas de saúde: algumas reflexões sobre seus desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 680-686, set. 2014.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. *In: GUIZARDI, F. L. et al (Org.). Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, p. 197-224, 2014.

FUNCHAL, J. P. DA S.; ADANATTI, D. F. Um Estudo Sobre a Classificação de Risco na Área da Saúde Utilizando Árvores de Decisão. **iSys - Brazilian Journal of Information Systems**, v. 9, n. 3, p. 89-111, 18 dez. 2016.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2643-2655, dez. 2014.

GARCIA, L. P. 16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e20190223, fev. 2020.

GOODMAN, K. E. *et al.* A Clinical Decision Tree to Predict Whether a Bacteremic Patient Is Infected with an Extended-Spectrum β -Lactamase-Producing Organism. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, n. 7, p. 896-903, 2016.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361-1374, abr. 2020.

HASTIE, T.; TIBSHIRANI, R.; FRIEDMAN, J. **The Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference, and Prediction**. Springer Science & Business Media, 2009.

HERBERT, R. J. *et al.* A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 24, n. 2, p. 107-132, 2010.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 328 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e Grandes Regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 117 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios - Resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 270 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 03 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010: Trabalho e rendimento - Resultados da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 366 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/1075/cd_2010_trabalho_rendimento_amostra.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

JAIME, P. C.; DELMUÈ, D. C. C.; CAMPELLO, T.; SILVA, D. O.; SANTOS, L. M. P. 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. 1829-36, 2018.

JIANG, F. *et al.* Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. **Stroke and Vascular Neurology**, v. 2, n. 4, p. 230-243, 2017 Jun.

JORDAN, M. I.; MITCHELL, T. M. Machine Learning: Trends, Perspectives, and Prospects. **Science**, v. 349, n. 6245, p. 255-60, 2015.

MARCOLINO, C. S. **A integração no serviço para o cuidado ao usuário sob o olhar de profissionais enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde da Família: Programas de Residência em Campo Grande/MS. (Trabalho de Conclusão de Residência)**. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023. 53 p.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: Série IPEA 143, v. 2, 1993.

MAZZETI, C. M. S.; RAFACHO, B. P. M. (Org.). **Evolução de marcadores de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde de Mato Grosso do Sul: 2015 a 2021**. Campo Grande: [s.n.]. 2023.

MEDEIROS, A. R. C. *et al.* Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 104–118, mar. 2014.

MENDES, É. F.; PIRES, R. R. C. **Políticas públicas: fundamentos e práticas**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2011.

MIRANDA, E. **SES utiliza plataforma Telessaúde para tirar dúvidas de profissionais da saúde sobre COVID-19**. Disponível em: <<https://www.to.gov.br/saude/noticias/ses-utiliza-plataforma-telessaude-para-tirar-duvidas-de-profissionais-da-saude-sobre-covid-19/2jh37o35bp1c>>. Acesso em: 27 abr. 2023.

NADAKINAMANI, R. G.; REYANA, A.; KAUTISH, S.; VIBITH, A. S.; GUPTA, Y.; ABDELWAHAB, S. F.; MOHAMED, A. W. Clinical Data Analysis for Prediction of Cardiovascular Disease Using Machine Learning Techniques. **Computational Intelligence and Neuroscience**, ID 2973324, 2022 Jan.

ORUÉ, A. L. *et al.* Políticas públicas de alimentação e nutrição. *In*: MAZZETI, C. M. S. (Org.). **Obesidade na Atenção Primária em Saúde: o papel da gestão**. Campo Grande: UFMS, 2022. cap. 1, p. 12-17. Disponível em: https://occa.ufms.br/files/2022/02/Ebook-gestores_22_02_2022.pdf. Acesso em: 08 mar. 2023.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-3, 2018.

PAIXÃO, G. M. M. *et al.* Machine Learning na Medicina: Revisão e Aplicabilidade. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 95–102, jan. 2022.

PANHALKAR, A. R.; DOYE, D. D. A novel approach to build accurate and diverse decision tree forest. **Evol Intell**, v. 15, n. 1, p. 439-453, 2022.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na atenção primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, nov. 2018.

PEREIRA, T. N.; MONTEIRO, R. A.; SANTOS, L. M. P. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. **Gaceta Sanitaria**, v. 32, p. 297-303, 2018.

PETERS, D.; TRAN, N.; ADAM, T. **Implementation Research in Health: A Practical Guide**. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2013.

PIALARISSI, R. Precarização do Trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, jan./ mar. 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11>. Acesso em: 13 jan. 2022.

PINHEIRO, A. R. O. **Análise histórica do processo de formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2003-2006): atores, ideias, interesses e instituições na construção de consenso político** [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, D. B. B. 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. 170-83, 2008;

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 121-30, 2010.

PINTO, L.F.; HARTZ, Z.M.A. Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista Ciência e Saúde Coletiva: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 25. n. 12. p. 4917-4932. Dezembro. 2020.

PIOVESAN, A. J. *et al.* Adiposidade corpórea e tempo de assistência à TV em escolares de 11 a 14 anos de duas regiões geográficas do município de Campo Grande-MS. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 4, n. 1, 2002.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 316–319, jun. 2000.

QUINLAN, J. R. Induction of decision trees. **Machine learning**, v. 1, n. 1, p. 81-106, 1986.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306, jan./mar. 2018.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 73-9, 2011.

REIS, E. C. DOS. Análise dos custos das cirurgias bariátricas para o sistema único de saúde (SUS) no período de 2008 a 2017. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 11, 12 dez. 2019.

REZENDE, L. F. M. de *et al.* **A epidemia de obesidade e as DCNT: Causas, custos e sobrecarga no SUS.** São Paulo, 2021. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 28 abr. 2022.

RODRIGUES, R. L. *et al.* Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, p. 153–160, 2009.

RODRÍGUEZ-GUERRERO, E.; ROMERO-SALDAÑA, M.; FERNÁNDEZ-CARBONELL, A.; MOLINA-LUQUE, R.; MOLINA-RECIO, G. New Simplified Diagnostic Decision Trees for the Detention of Metabolic Syndrome in the Elderly. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 14, p. 51-91, 2020 Jul.

ROY, S.; MITTAL, M. **Predictive Modeling in Biomedical Data Mining and Analysis.** [s.l: s.n.].

SANTOS, S. M. C. *et al.* Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00150220, 29 out. 2021a.

SANTOS, S. M. C. *et al.* Os autores respondem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00176521, 29 out. 2021b.

SANTOS, T. M.; CATA-PRETA, B. O.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D. Finding Children with High Risk of Non-Vaccination in 92 Low- and Middle-Income Countries: A Decision Tree Approach. **Vaccines (Basel)**, v. 9, n. 6, p. 646, 2021c Jun.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas: Coletânea.** v. 2. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2006. 131 p. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3133/1/Coletanea_pp_v2.pdf. Acesso em: 24 fev. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL (SES/MS). Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN). **O uso do FAN - Fundo de Alimentação e Nutrição**. Campo Grande: SES/MS, 2021. 32 p.

SILVA, C. R.; LIMA, L. C. F. O financiamento do SUS e a política pública de saúde no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p. 38-47, 2016.

SILVA, K. L. *et al.* Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 178–187, 2012.

SOUZA, L. B. *et al.* Excesso de peso influencia negativamente a capacidade funcional de idosos em atividades cotidianas. **Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.)**, v. 13, n. 2, p. 62–68, 2019.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 911–918, jun. 2009.

SOUZA, M. T.; CARVALHO, R. C. Políticas públicas educacionais no Brasil: uma revisão da literatura. **Educação & Sociedade**, v. 38, p. 1103-18, 2017.

TAFNER, P. *et al.* **A importância das políticas sociais no combate à desigualdade**. Rio de Janeiro: FGV Social, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe**: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 06 mar. 2023.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 439-57, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G.; MACHADO, M. L.; MEDEIROS, M. A. T.; NEVES, J. A.; RECINE, E.; PASQUIM, E. M. Public policies of food and nutrition in Brazil: from Lula to Temer. **Revista de Nutrição**, v. 32, p. e180161, 2019.

VIANNA, S. M. *et al.* **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

WENG, S. F.; REPS, J.; KAI, J.; GARIBALDI, J. M.; QURESHI, N. Can Machine-Learning Improve Cardiovascular Risk Prediction Using Routine Clinical Data? **PLoS One**, v. 12, n. 4, p. e0174944, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health in All Policies**: framework for country action. 2013. Document available at: http://www.paho.org/setp/pdfs/Framework_Global.pdf

ZHOU, L.; PAN, S.; WANG, J.; VASILAKOS, A. V. Machine Learning on Big Data: Opportunities and Challenges. **Neurocomputing**, v. 237, p. 350-61, 2017.

APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO (NO PRELO)

Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão

Profile of food and nutrition technical areas in Mato Grosso do Sul, Brazil: decision making organization

Alline Lam Orué (<https://orcid.org/0000-0001-5173-8513>)^{1,2}
 Karine Domingos de Araújo (<https://orcid.org/0000-0003-4349-6520>)²
 Henrique Bello (<https://orcid.org/0000-0003-0309-7090>)²
 Bruna Paola Murino Raícho (<https://orcid.org/0000-0001-8825-6980>)²
 Cláudia Cristina Vieira Gonçalves Pastorello (<https://orcid.org/0000-0002-0646-8777>)²
 Maria Lígia Rodrigues Macedo (<https://orcid.org/0000-0002-6063-0763>)²
 Camila Medeiros da Silva Mazzeti (<https://orcid.org/0000-0002-6314-3960>)²

Abstract *The aim of the present study was to analyze the management organization of food and nutrition actions in the municipalities of Mato Grosso do Sul. This is a descriptive-exploratory study carried out in Mato Grosso do Sul, in which each municipal food and nutrition manager answered questions about performance, governance and financing profile. Data analysis applied frequency, chi-square test and decision tree tools. All cities were included (n=79). Most of the participants were female (92.4%), white (62%), nurses (45.6%) or nutritionists (36.7%). Financial management proved to be so incipient in the state since specific food and nutrition funding was neglected. The absence of a technical area in the municipality's organizational chart was consistent with the lack of knowledge of actions, goals and resource allocation. Their presence coincided with having formally appointed technical managers, municipal food and nutrition policy, goals and elaboration of specialized materials. The present study also proposed a decision tree pointing that having a nutritionist in the team led to a positive result. The failures found in this study partly clarify the causes of the unsettling situation in the state. Our findings can support the creation of intervention strategies.*

Key words *Health Services Administration, Primary Health Care, Nutrition Programs and Policies, Health Management*

Resumo *Mato Grosso do Sul é líder nacional em mortes atribuíveis ao excesso de peso. O objetivo foi analisar a organização da gestão das ações da área de alimentação e nutrição dos municípios de MS. Estudo descritivo-exploratório realizado em MS, no qual cada gestor municipal de alimentação e nutrição respondeu sobre seu perfil, atuação, governança e financiamento. A análise de dados valeu-se de frequência, teste qui-quadrado e árvore de decisão. Todos participaram (n=79), a maioria era do sexo feminino (92,4%), raça/cor branca (62%), enfermeiros (45,6%) ou nutricionistas (36,7%). A gestão financeira mostrou-se tão incipiente no estado, que financiamentos específicos da área foram desprezados. A ausência de área técnica no organograma do município foi congruente com o desconhecimento de ações, metas e alocação de recursos; sua presença coincidiu com haver responsáveis técnicos formalmente indicados, política de alimentação e nutrição municipal, metas e elaboração de materiais. A árvore de decisão mostra que ter nutricionista na equipe traz efeitos positivos, como mais participação em processos decisórios. Falhas encontradas esclarecem, em parte, causas da grave situação do estado, e podem apoiar a criação de estratégias de intervenção.*

Palavras-chave *Administração de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação, Gestão em Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Av. Costa e Silva s/n, Bairro Universitário, 79070-900 Campo Grande MS Brasil. alline.orue@ufms.br
² Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição, UFMS, Campo Grande MS Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, abrange um conjunto de políticas públicas cujo propósito é melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, bem como tratar os agravos relacionados a elas, no esforço para garantir a saúde e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população brasileira, por meio de diretrizes que norteiam as ações de atenção nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Com vistas a organizar a Atenção Nutricional e aproximá-la do que está previsto na PNAN, de forma resolutiva, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) foi instituída como responsável pela gestão dos programas e Ações de Alimentação e Nutrição (AAN), bem como pela adequação destas às singularidades locais, seja em âmbito municipal, estadual ou regional. De acordo com as diretrizes da PNAN, a ATAN deve priorizar alguns temas específicos, como a organização da atenção nutricional, a promoção da alimentação saudável, a cooperação e articulação para a SAN, e a qualificação da força de trabalho dos profissionais e equipes^{1,2}.

A composição das ATAN deve ser diversificada em relação às formações, bem como as ações de alimentação e nutrição devem envolver todo o território que abrange atenção nutricional. Ao instituir as ATAN municipais, é necessário considerar as questões enfrentadas pela alimentação e nutrição nas últimas décadas, com grandes transformações políticas, econômicas, sociais e ambientais que propiciaram modificações no padrão de consumo alimentar e, conseqüentemente, na saúde dos brasileiros. A PNAN, em sua revisão em 2011, chama a atenção para a transição nutricional, sendo que esta está relacionada às mudanças socioeconômicas que exercem influência no perfil alimentar da população (rápida urbanização, melhoria do acesso à saúde, aumento da escolaridade e do poder aquisitivo da população), as quais provocaram declínio no nível de atividade física, diminuição do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e aumento do consumo de produtos ultraprocessados¹.

Sob esse novo cenário, houve redução das taxas de desnutrição, retardo estatural infantil e deficiências de micronutrientes, mas, simultaneamente, o Brasil tem enfrentado aumento significativo do sobrepeso e obesidade: em 2019, o país já apresentava 63% da população adulta com excesso de peso e 28,5% diagnosticados com obesi-

dade, que se constitui como um dos maiores problemas de saúde pública atual^{1,3}. Em Mato Grosso do Sul (MS), as frequências de adultos com sobrepeso ou obesidade foram ainda mais elevadas que a média nacional, com 36,6% da população obesa e 64,5% com excesso de peso. Destaca-se, ainda, que constitui o terceiro estado com mais casos de obesidade no país e o primeiro em número de mortes atribuíveis ao excesso de peso, com 959,7 mortes por milhão de habitantes^{3,4}.

No mesmo sentido, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revela aumento em fatores de risco ligados à alimentação, com evolução desfavorável entre 2006 e 2021, como sobrepeso/obesidade, consumo abusivo de álcool, hipertensão arterial e diabetes, que são problemas diretamente ligados a ações das ATAN no país^{5,6}.

A fim de que os hábitos de alimentação saudável sejam fortalecidos na população, entre outras estratégias para a redução dos casos de sobrepeso e obesidade no âmbito da APS, é necessário investir tempo, recurso humano e dedicação na organização da gestão municipal de saúde, para que ocorra o planejamento de ações por técnicos capacitados no tema, preferencialmente organizados e formalizados como ATAN, com a correta alocação de recursos, com vistas a elevar as chances de resolutividade de um dos principais desafios que o SUS vem enfrentando nos últimos anos: o excesso de peso e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tais problemas reduzem a expectativa de vida geral dos brasileiros em três anos, com 74% de mortes prematuras por DCNT e, ao considerar apenas o recorte de custos do SUS em 2019, tem-se aproximadamente 1,5 bilhão de reais atribuíveis a sobrepeso/obesidade, o equivalente a 22% de todo o valor gasto com DCNT^{3,4}.

Apesar de primordial, uma ATAN composta de membros qualificados é dificilmente alcançada, devido ao despreparo dos profissionais para trabalhar com gestão em saúde, que, segundo estudo sobre gestão do trabalho⁷(p.13), se dá pelas “limitações impostas por um processo de formação deficiente, que não prepara os profissionais para aceitar e atuar na perspectiva do modelo de gestão apregoado pelo SUS; a infraestrutura precária; e os vínculos e a remuneração praticados”, que remetem à falta de cultura de incentivo e de atribuir a devida importância à organização da gestão.

Considerando a necessidade do mapeamento das ações de gestão sobre A&N, para otimizar as ações em saúde, o objetivo deste estudo foi anali-

sar a organização da gestão das ações da área de alimentação e nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul.

Materiais e métodos

Estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e com base em dados primários, desenvolvido em MS, com todos os 79 municípios – a maioria (n=65) com menos de 30 mil habitantes –, no final do ano de 2020, em meio à pandemia de COVID-19, enquanto sua incidência voltava a crescer no estado, com maior risco de hospitalização e/ou óbito entre pessoas com DCNT. Todos os gestores da ATAN foram convidados a participar do estudo, totalizando 79 participantes (universo amostral total), um por município, segundo a ordem de preferência: 1) gestor da área de A&N; 2) gestor da APS; 3) Secretário Municipal de Saúde. Tal preferência foi determinada tendo em vista a maior proximidade do gestor da área de A&N com a pauta do questionário, sem excluir os municípios que não apresentam este cargo e/ou função na secretaria municipal de saúde (SMS).

A coleta de dados ocorreu de forma on-line, entre outubro e dezembro de 2020, com a Gerência Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN) fazendo o intermédio com as gerências técnicas municipais, para que estas retornassem o estudo para diagnóstico do estado. A coleta de dados foi realizada com auxílio do questionário “Diagnóstico da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios”, por meio da ferramenta *SurveyMonkey*®.

Este questionário foi elaborado em parceria entre Ministério da Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES), em 2019, exclusivamente para verificar como estava a implementação da PNAN nos municípios, com aplicação descentralizada em todo o país.

Foram coletadas informações sobre: 1) Caracterização pessoal e profissional do gestor (raça, sexo, vínculo empregatício, formação básica, cargo/função atual, tempo de serviço); 2) Organização da gestão e participação em processos decisórios (indicação formal de responsabilidade técnica pelas AAN, participação em processos decisórios no município); 3) Governança, documentos e canais norteadores (ações e metas, presença de política municipal de A&N, elaboração de materiais orientativos e protocolos sobre AAN); e 4) Gestão financeira/orçamentária (planejamento e acompanhamento dos recursos

financeiros da área, acompanhamento de processos licitatórios para AAN, recebimento de incentivos para AAN e local de alocação dos recursos financeiros recebidos).

Os dados foram transformados em unidades contínuas e categóricas de acordo com a necessidade de cada informação armazenada. A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva, com medidas de frequência, média e dispersão para descrição do panorama geral dos dados e diagnóstico da gestão da APS no estado de MS; e exploratória, para aprofundar a compreensão acerca do tema, construir hipóteses e investigar este objeto pouco explorado, em vistas de averiguar os motivos por trás dos resultados.

A análise dos dados tabulados foi realizada no *software* R Studio 1.4.1717*. Para análise entre os municípios divididos em dois grupos, com e sem ATAN, conduziu-se o teste de qui-quadrado, o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Para análise da influência da existência de um Responsável Técnico (RT) formalmente indicado para área de A&N nos municípios, conduziu-se análise de valor da informação de cada uma das variáveis do questionário levantado e, a partir das variáveis consideradas relevantes e estatisticamente significativas, construiu-se um algoritmo de árvore de decisão. Para condução dessa análise utilizou o pacote *rpart* do *software*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob parecer de número 3.981.748 (CAAE: 20532419.0.0000.0021) e todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) on-line.

Resultados

Participaram todos os 79 gestores responsáveis pela ATAN ou pelas AAN dos municípios de MS. Como características principais, podemos observar que a maioria dos gestores são mulheres (92,4%) e autorreferiu ser da cor/raça branca (62%). A enfermagem e a nutrição foram as duas profissões mais comuns entre os gestores, com frequências de 45,6% e 36,7%, respectivamente.

A maioria dos participantes estava no cargo ou função de coordenador ou referência da APS no município (58,2%) no momento do preenchimento do questionário e mais da metade encontrava-se em tais cargos ou funções há dois anos ou menos (55,7%). O vínculo empregatício

mais comumente relatado entre os gestores respondentes foi o de servidor público municipal (74,7%).

Sobre a caracterização das ATAN municipais de MS, observou-se que municípios que referiram ter área técnica instituída no organograma da SMS, possuíam mais RT formalmente indicados (82,8%) quando comparados com os municípios que referiram que ATAN não existia no organograma da SMS ($p < 0,001$).

Entre os municípios que referiram existir um RT pela ATAN ($n=40$), observou-se que 60% destes profissionais exerciam a função há menos de 3 anos ($n=24$), a maioria eram nutricionistas ($n=34$; 85%) e mais da metade participava dos processos decisórios do planejamento e da gestão da SMS ($n=27$; 67,5%). Os demais resultados da caracterização dos gestores e da ATAN dos municípios de MS podem ser observados na Tabela 1.

Sobre a caracterização da governança e os documentos norteadores sobre as AAN, pode-se notar que, entre os municípios que referiram possuir ATAN no organograma da SMS, foi mais frequente que ações e metas da área estivessem previstas no Plano Municipal de Saúde (75,9%), no Plano Anual de Saúde (65,5%), nos Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão (58,6%) e no Plano Plurianual (55,2%). Destaca-se também que, entre os municípios que não instituíram ATAN, foi mais comum o desconhecimento em relação às metas sobre A&N nos “Relatórios Anual e Quadrienal da Gestão” (40,8%; $p=0,006$) e no “Plano Plurianual” (32,7%; $p=0,028$), em comparação com os municípios que a instituíram.

Quando questionados sobre uma política de alimentação e nutrição municipal que orientasse a atuação da SMS na temática de A&N, observou-se que SMS que instituíram a ATAN no organograma tiveram mais respostas positivas sobre a condução da A&N na APS do que os demais municípios ($p=0,034$). Esse mesmo fenômeno foi observado quando o município foi questionado sobre a inserção de metas de A&N no Plano Plurianual municipal ($p=0,017$) e se o município elaborava protocolos/guias/manuais orientativos da APS ($p=0,043$). Demais informações sobre a caracterização da governança e dos documentos norteadores dos municípios de MS podem ser observados na Tabela 2.

Acerca da caracterização da gestão financeira/orçamentária das AAN de MS, verificou-se que o planejamento e o acompanhamento aconteceram em menos da metade dos municípios, independentemente de possuírem ou não ATAN no organograma, porém estes últimos referiram

maior insipiência na questão financeiro/orçamentária da área (com ATAN 3,4% vs. 14,3% sem ATAN). Observou-se que a maioria dos municípios não fazem reuniões frequentes com a área de gestão orçamentária para destinação dos recursos para AAN (56,4%) e também evidenciou-se que os mesmos fazem pouco ou nenhum acompanhamento e solicitações do processo licitatório relativo à área.

Sobre o recebimento de Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) e incentivo financeiro para apoiar a estruturação das ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), pode-se notar que a maioria dos municípios, independentemente da instituição de ATAN, relatam que não sabem se recebem o incentivo financeiro federal para AAN (60,3%) e de vigilância na área (61,5%). Mais informações sobre a gestão financeira e orçamentária de AAN de MS estão dispostas na Tabela 3.

A respeito da alocação de recursos para AAN nos municípios de MS, para o ano de 2019, podemos observar que quando comparamos o grupo que referiu constar ATAN no organograma em relação aos que referiram não constar, vemos diferenças entre os grupos no quesito “Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos” ($p=0,003$), para “Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos” ($p=0,004$), “Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais” ($p=0,012$), “Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição” ($p=0,044$), “Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à A&N” ($p=0,039$), e para “Avaliação do consumo alimentar” ($p=0,017$), sendo que os grupos se diferenciaram expressivamente na categoria “Não sei” para aqueles que referiram não possuir ATAN. Os demais resultados sobre a alocação de recursos de AAN pelos municípios do estado, podem ser observados na Tabela 4.

Em relação a caracterização do fomento à educação permanente e continuada em temas da área de A&N no estado, observou-se que, de maneira geral, 66,7% dos municípios referem que a SMS incentiva a ação quando voltada para a prevenção e controle do excesso de peso. Quando se fez a comparação entre os municípios com ou sem ATAN não se verificou diferença entre os grupos (79,3% vs. 59,2%, respectivamente; $p=0,197$), bem como quando se perguntou se as AAN contribuíram para o planejamento e realização da formação em serviço, com temática em obesidade, DCNT ou PAAS (48,3% vs. 30,6%; $p=0,589$).

Tabela 1. Caracterização dos gestores e das áreas técnicas de alimentação e nutrição dos municípios de MS, 2020.

Variáveis	n	%
Caracterização dos gestores da área técnica de alimentação e nutrição (n=79) ^a		
Sexo/Gênero		
Feminino	73	92,4
Masculino	6	7,6
Cor/raça ^b		
Branca	49	62,0
Parda	29	36,7
Preta	1	1,3
Profissão (formação básica)		
Enfermagem	36	45,6
Nutrição	29	36,7
Outra formação ^c	11	13,9
Sem formação	3	3,8
Cargo ou função atual		
Coordenador(a) ou referência da APS no município	46	58,2
Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na SMS	31	39,2
Gerente Atenção Primária	1	1,3
Secretário(a) municipal	1	1,3
Tempo de serviço no cargo ou função atual		
Até 2 anos	44	55,7
3 a 5 anos	13	16,5
6 a 8 anos	12	15,2
10 anos ou mais	10	12,7
Vínculo empregatício		
Servidor público municipal	59	74,7
Contrato	16	20,3
Outros	4	5,2
Caracterização das áreas técnicas de alimentação e nutrição (n=78) ^d		
Existe responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na SMS?		
Sim	40	51,3
Não	32	41,0
Não sei	6	7,7
Se sim, qual a formação do responsável técnico da área de alimentação e nutrição? (n=40)		
Nutrição	34	85,0
Enfermagem	4	10,0
Outra ^e	2	5,0
Há quanto tempo o responsável técnico da área exerce a função? (n=40)		
3 anos ou menos	24	60,0
4 a 9 anos	11	27,5
10 anos ou mais	6	15,0
A área tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS? (n=40)		
Sim, participação formal e regular	15	37,5
Sim, participação informal, mas regular	12	30,0
Eventualmente (ocasional ou quando solicitada/convocada)	1	2,5
Não	12	30,0

^aOs valores descrevem o universo de gestores da ATAN municipais de Mato Grosso do Sul, portanto não existe amostragem. ^bOs gestores não referiram outras etnias. ^cAs formações referidas como outras: administração, assistência social, biomedicina, farmácia, fisioterapia, odontologia e pedagogia. ^dOs dados não incluem o município Coronel Sapucaia, que não concluiu o preenchimento da quinta seção dos questionários. ^eAs profissões referidas como outras: Administrador e Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Autores.

Tabela 2. Caracterização da governança e dos documentos norteadores utilizados na gestão das áreas técnicas (n=78).

Variáveis n	Existe ATAN (n=29)		Não Existe ATAN (n=49)		p
	%	n	%	n	
As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas:					
No Plano Municipal de Saúde					
Sim	22	75,9	28	57,1	0,250
Não	3	10,3	9	18,4	
Não sei	4	13,8	12	24,5	
No Plano Anual de Saúde (PAS)					
Sim	19	65,5	21	42,9	0,136
Não	4	13,8	14	28,6	
Não sei	6	20,7	14	28,6	
Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão					
Sim	17	58,6	11	22,4	0,006*
Não	6	20,7	18	36,7	
Não sei	6	20,7	20	40,8	
No Plano Plurianual (PPA)					
Sim	16	55,2	22	44,9	0,028*
Não	11	37,9	11	22,4	
Não sei	2	6,9	16	32,7	
O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?					
Sim	10	34,5	6	12,2	0,034*
Não	17	58,6	33	67,3	
Não sei	2	6,9	10	20,4	
Há metas de alimentação e nutrição inseridas no PPA municipal?					
Sim	16	55,2	14	28,6	0,017*
Não	9	31,0	14	28,6	
Não sei	4	13,8	21	42,9	
O município elabora protocolos/guias/manuais de APS?					
Sim	22	75,9	23	46,9	0,043*
Não	6	20,7	21	42,9	
Não sei	1	3,4	5	10,2	
O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?					
Sim, com participação da área de alimentação e nutrição	13	44,8	18	36,7	-
Sim, sem a participação da área de alimentação e nutrição	1	3,4	1	2,0	
Não	15	51,7	21	42,9	
Não sei	0	0,0	9	18,4	

*p valor do teste qui-quadrado <0,05.

Fonte: Autores.

Em relação aos resultados da análise da árvore de decisão, ilustrada na Figura 1, a partir do questionamento da existência de um profissional formalmente indicado para assuntos de A&N no município, foi observado que a ausência de nutricionistas na equipe de A&N atrelada ao desco-

nhecimento do respondente sobre a existência de metas nos planos anuais e plurianuais (acurácia de 80%) e desconhecimento da existência de protocolos de terapia nutricional (acurácia de 67%) denunciavam a ausência de profissional formalmente indicado como responsável pelas AAN.

Tabela 3. Caracterização da gestão financeira/orçamentária da área técnica de alimentação e nutrição (n=78).

Variáveis n	Existe ATAN (n=29)		Não Existe ATAN (n=49)		P
	%	n	%	n	
A área de Alimentação e Nutrição planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?					
Sim, planeja e/ou acompanha	14	48,3	13	26,5	0,083
Não	14	48,3	29	59,2	
Não sei	1	3,4	7	14,3	
A área técnica de Alimentação e Nutrição realiza reuniões com a área da gestão orçamentária sobre processos sob sua responsabilidade?					
Sim, sempre (frequentemente)	4	13,8	4	8,2	-
Sim, às vezes (eventualmente)	10	34,5	12	24,5	
Não	15	51,7	29	59,2	
Não sei	0	0,0	4	8,2	
A área de Alimentação e Nutrição solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?					
Sim, solicita e acompanha	6	20,7	12	24,5	-
Sim, somente solicita	3	10,3	2	4,1	
Sim, somente acompanha	3	10,3	2	4,1	
Não	17	58,6	28	57,1	
Não sei	0	0,0	5	10,2	
O município recebe do governo federal incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)?					
Sim	5	17,2	7	14,3	0,207
Não	10	34,5	9	18,4	
Não sei	14	48,3	33	67,3	
O município recebe do governo federal incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?					
Sim	5	17,2	5	10,2	0,377
Não	9	31,0	11	22,4	
Não sei	15	51,7	33	67,3	

Fonte: Autores.

Por outro lado, um município com nutricionistas na equipe e informado sobre ambas as questões citadas (sabia referir que "sim" ou "não") colabora com a existência de um gestor formalmente indicado (acurácia de 82%).

Na árvore de decisão notou-se que, nos municípios com nutricionistas na equipe de A&N, a existência do profissional gestor está atrelada ao maior relato da participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento da SMS (acurácia de 67%). E quando não há essa participação formalizada e regular na gestão e planejamento, há alta probabilidade de não existir alguém formalmente indicado à A&N (acurácia de 89%).

Discussão

As informações acerca dos profissionais à frente da ATAN ou das AAN dos municípios de MS mostraram que a maioria destes eram de raça/cor branca, do sexo feminino, enfermeiros ou nutricionistas, com vínculo empregatício de servidor público municipal, responsáveis pela APS e estavam há pouco tempo no cargo/função.

A proporção de pessoas de cor ou raça branca na gestão das AAN (62%) é maior do que a encontrada na população de MS (47,3%), o que resultou em proporções menores do que as do estado em todas as demais cores ou raças⁸. De acordo com informativo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta situação

Tabela 4. Temas da área para os quais foram alocados recursos financeiros no último ano (n=78).

Variáveis n	Existe ATAN (n=29)		Não Existe ATAN (n=49)		P
	%	n	%	n	
Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos					
Sim	22	75,9	21	42,9	0,003*
Não	6	20,7	11	22,4	
Não sei	1	3,4	17	34,7	
Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos					
Sim	20	69,0	18	36,7	0,004*
Não	8	27,6	15	30,6	
Não sei	1	3,4	16	32,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais					
Sim	17	58,6	17	34,7	0,012*
Não	10	34,5	14	28,6	
Não sei	2	6,9	18	36,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle de excesso de peso e DCNT					
Sim	15	51,7	20	40,8	0,253
Não	8	27,6	10	20,4	
Não sei	6	20,7	19	38,8	
Estruturação de sistemas de informação					
Sim	15	51,7	19	38,8	0,058
Não	11	37,9	13	26,5	
Não sei	3	10,3	17	34,7	
Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição					
Sim	13	44,8	19	38,8	0,044*
Não	12	41,4	11	22,4	
Não sei	4	13,8	19	38,8	
Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à A&N					
Sim	15	51,7	16	32,7	0,039*
Não	12	41,4	18	36,7	
Não sei	2	6,9	15	30,6	
Promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS)					
Sim	13	44,8	14	28,6	0,052
Não	13	44,8	18	36,7	
Não sei	2	6,9	17	34,7	
Avaliação do consumo alimentar					
Sim	10	34,5	12	24,5	0,017*
Não	16	55,2	17	34,7	
Não sei	3	10,3	20	40,8	
Aquisição de material educativo para atividades de EAN					
Sim	7	24,1	7	14,3	0,084
Não	18	62,1	24	49,0	
Não sei	4	13,8	18	36,7	

*p valor do teste qui-quadrado <0,05.

Fonte: Autores.

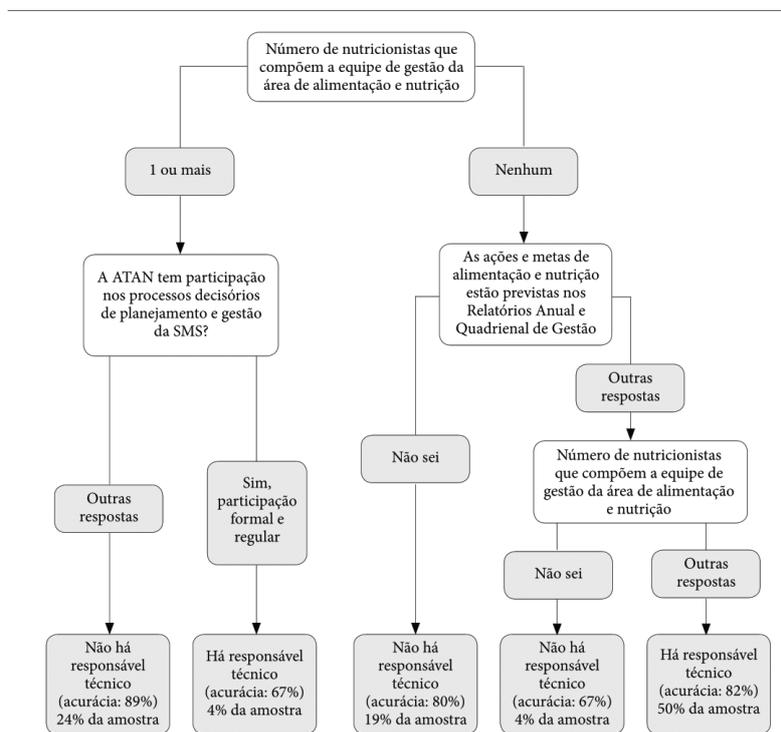


Figura 1. Árvore de decisão - Probabilidade de existência de um responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na SMS?

Fonte: Autores.

é reflexo da desigualdade social no país, na qual pessoas não brancas representam a maior parte da força de trabalho do Brasil, mas a taxa de subutilização de tal força é sempre maior nesta população, independentemente do grau de instrução, além de serem a maioria em ocupações informais (65,4%) e a minoria em cargos gerenciais (31,4%). Bem como a renda média mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% superior às demais. Ressalta-se que a desigualdade salarial se manteve tanto em ocupações formais como informais em 2018, também em todos os níveis de instrução e quando considerado o rendimento por hora trabalhada⁹. Do ponto de vista da A&N, esse perfil ser repetido entre seus gestores pode se apresentar como uma ferramenta de reforço

das desigualdades sociais, sendo que a inclusão e visão dos problemas que a desigualdade social causa na alimentação e no estado nutricional das pessoas pode ser interpretada apenas sob o viés de um grupo populacional historicamente mais privilegiado.

Conforme observado, o sexo feminino ocupou 92,4% dos cargos de gestor da ATAN, ou da função de representante da área, nos municípios em que não existe tal cargo. O que já era de se esperar, pois, segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o último censo do IBGE, as mulheres representam a maioria dos trabalhadores da área da saúde, inclusive em cargos de gestão, tanto no setor público como no privado. Cabe destacar que

as principais profissões encontradas no presente estudo foram as de enfermagem e nutrição, carreiras nas quais as mulheres ultrapassam 80% e 90% de participação, respectivamente^{10,11}, principalmente porque o cuidado é considerado uma função feminina na sociedade atual.

Apesar de a enfermagem e a nutrição apresentarem-se como as profissões mais comuns nesses cargos, o que salta aos olhos é a existência de gestores com formações alheias à área da saúde e até mesmo sem ensino superior completo (esta última apenas em municípios onde a ATAN não estava presente no organograma da SMS), o que confronta a PNAN, visto que esta orienta que gestores e outros profissionais de saúde devem ser qualificados para a implementação de AAN. Isso é reforçado pelo tempo de experiência no cargo, já que mais da metade estava no cargo ou função por no máximo 2 anos, o que pode indicar que é papel recente no município ou que há grande rotatividade de recursos humanos. Ambas as hipóteses são problemáticas, uma vez que as AAN deveriam estar inseridas e organizadas nos municípios há décadas, visto que a PNAN foi aprovada em 1999¹, e que a alta rotatividade dos profissionais nos serviços públicos de saúde pode prejudicar a melhoria da qualidade dos mesmos, pois desmotiva a elaboração de estratégias e planos de médio e longo prazo, e barra sua execução, impedindo a continuidade e longitudinalidade tão importante neste âmbito¹².

Os resultados reforçam que a institucionalização da ATAN nos municípios tem potencial de promover melhora na organização, planejamento e envolvimento da AAN dentro da gestão do cuidado nutricional, no preparo dos territórios para enfrentamento das doenças e agravos de cunho nutricional e na ampliação da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, por apresentar ações e metas de A&N em planos/relatórios, elaborar protocolos, guias e/ou manuais de APS e possuir RT formalmente indicados à AAN, com participação nos processos decisórios da SMS.

A definição de metas de A&N demanda conhecimento acerca da temática, do diagnóstico atualizado do território (inclusive estimativas e progressões) e dos recursos humanos, materiais e estruturais aos quais a SMS tem acesso. E a presença de tais metas nos planos e relatórios do município remetem a relevância que este atribui à área, com monitoramento sistemático que fundamenta a elaboração de estratégias para que os resultados sejam sempre satisfatórios e/ou progressivos, e, assim, percebidos, reconhecidos e incentivados. A importância da indicação for-

mal de RT pela área será discutida mais adiante, a partir da árvore de decisão.

A elaboração de protocolos, guias e manuais de APS, bem como o acesso a estes materiais, aproxima os gestores e profissionais das evidências científicas tão cruciais à tomada de decisão em saúde, que, de acordo com Becker *et al.*¹³, dificilmente ocorreria por outras vias, já que a maioria dos gestores aponta dificuldades no acesso a periódicos científicos, seja por falta de tempo, alto custo ou por não saber escolher as melhores opções disponíveis. E, claro, é a participação nos processos decisórios que permite reais transformações, adequações, investimentos e melhorias à gestão da área de A&N e, conseqüentemente, ao serviço de saúde/nutrição e seus resultados aos usuários.

Em contrapartida, não institucionalizar a ATAN no organograma pode enfraquecer a gestão do cuidado nutricional, pois sem uma política específica na qual possa se fundamentar, o cuidado em A&N, paulatinamente essencial no atual perfil epidemiológico do país, pode se estabelecer de forma desorganizada e/ou limitada a determinadas demandas, como consultas para emagrecimento, palestras sobre hipertensão e diabetes, programas de transferência de renda e de suplementação de micronutrientes, que, apesar de importantes, não devem ser as únicas ações dentro desta temática¹. Para a efetiva implementação de ações e estratégias, para além do reconhecimento de sua importância pelos profissionais de saúde, é necessário que estes tenham acesso à política que a valide, educação permanente e/ou continuada e reflexões acerca da gestão democrática, com tomada de decisões compartilhadas¹⁴.

Assim como a falta de metas de A&N no planejamento, ou o desconhecimento acerca delas, prejudica a priorização, a qualificação e o monitoramento das ações da área. Com isso, a gestão da promoção da saúde, da prevenção de doenças e do manejo destas ficam comprometidas, de forma sistêmica e prejudicial ao SUS.

No que tange AAN de maneira geral, é importante destacar que o monitoramento das questões de A&N por parte de uma ATAN bem instituída e organizada, permitiria identificar quais aspectos necessitam de mais atenção e recursos, inclusive financeiros, para aumentar a efetividade dos serviços e melhorar o diagnóstico do território. Porém, como visto anteriormente, a gestão financeira e/ou orçamentária consiste em uma fragilidade da área de A&N no estado, que perpassa pela falta de acompanhamento da gestão dos recursos e processos licitatórios da

área até a inexistente ou reduzida frequência de reuniões com a área de gestão financeira/orçamentária para discutir o uso da verba da A&N. Como a maioria dos municípios referiu não saber se recebe FAN e de VAN, a escassez destas reuniões é congruente, pois, se a gestão da área de A&N desconhece os apoios financeiros disponíveis para custear de suas ações e equipamentos, dificilmente se organizará em torno da gestão orçamentária sobre estes aspectos. Desta forma, falhas na coordenação administrativa da ATAN, como despreparo profissional e consequente subutilização de recursos financeiros, enfraqueceram sua condução técnica, ferindo pelo menos metade dos objetivos da gestão¹⁵.

Em contraponto ao desconhecimento em larga escala dos gestores em relação às AAN, pode se destacar que o VAN, recurso instituído por meio da Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011, para compra de equipamentos antropométricos¹⁶, estava presente na conta de 73 dos 79 municípios, com valores de até 85 mil reais no ano de 2020, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul¹⁷. Já o FAN, recurso para auxiliar na estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, que previamente beneficiava somente municípios com mais de 150 mil habitantes, passou a abranger municípios com mais de 30 mil habitantes a partir da Portaria nº 1.012, de 18 de maio de 2020¹⁸, e, assim, o FAN que era disponibilizado a apenas dois municípios do estado, tornou-se possível a outros doze municípios, totalizando 20% do estado amparado por este incentivo financeiro. Em suma, as ações de vigilância e educação alimentar e nutricional, promoção da saúde, prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação, principalmente relativas ao sobrepeso e à obesidade, incluindo a aquisição de equipamentos adequados para o atendimento integral dessa população (com dimensões e capacidades inclusivas, visando conforto, segurança e não estigmatização da pessoa obesa) estavam subutilizadas no estado, pois grande parte dos municípios que deveria contar com os recursos do VAN e/ou FAN para ampliar a resolutividade, escopo e acesso, subutilizava esse orçamento por falta de preparo/informação dos gestores frente às AAN.

Além destes recursos específicos e direcionados, menos da metade dos municípios afirmaram realocar recursos para os diversos temas da área de A&N, salvo o da avaliação antropométrica da população ou com recortes específicos, provavelmente devido à obrigatoriedade da realização de antropometria nos beneficiários do então

Programa Bolsa Família (PBF), substituído pelo Programa Auxílio Brasil, regulamentado por meio do Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021¹⁹. Cabe destacar que, entre estes temas que não recebem recurso da maioria dos municípios, estão as ações de PAAS, diagnóstico, prevenção e controle de excesso de peso e DCNT. O que parece ir na contramão na atual situação endêmica de sobrepeso/obesidade e outras condições crônicas relacionadas, que demandam estratégias de manejo urgentes, integrais e contínuas, com vistas a melhorar não apenas a saúde da população como também reduzir os custos com procedimentos ambulatoriais e hospitalizações, que custaram mais de 23 milhões de reais ao estado em 2019 (25,5% do gasto com DCNT), sem contar outras consequências onerosas de tal negligência⁴.

Ao considerar as diferenças entre municípios, é nítido como os sem ATAN instituída no organograma apresentam a maior taxa de desconhecimento sobre a alocação de recursos para os temas “Avaliação Antropométrica da população ou com recortes específicos”, “Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos”, “Ações de diagnóstico, prevenção e controle de carências nutricionais”, “Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição”, “Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à AAN” e “Avaliação do consumo alimentar”. Em outras palavras, nem mesmo os gestores ou representantes da área sabem se a educação permanente e/ou continuada e grande parte da avaliação alimentar e nutricional estão, ou não, recebendo recursos financeiros para seu desenvolvimento, monitoramento e qualificação nestes municípios.

Em linhas gerais, a falta de informação sobre a área pela qual se é responsável pode ser reflexo do pouco tempo no cargo; do despreparo profissional pela falta de educação permanente/continuada e/ou formação acadêmica nos aspectos referentes à gestão e principalmente a questões financeiras e orçamentárias; da falta de organização da área, por não se ter ATAN no organograma; pela falta de política pública municipal e/ou manual fornecido pela SMS acerca das competências do cargo; da sobrecarga de trabalho que dificulta o acompanhamento de todo o âmbito da área, em especial quando atribuído a apenas um indivíduo, ao invés de uma equipe multiprofissional e, ainda maior, quando a gestão e as ações da ponta são ambas centralizadas nesta mesma pessoa; da dificuldade ou falta de interesse pessoal do gestor, entre outros motivos possíveis.

A técnica conhecida como Árvore de Decisão se destaca por ser amplamente utilizada em

sistemas de tomada de decisão aplicados à saúde, tendo em vista o seu rápido aprendizado de conceitos e facilidade de implementação^{20,21}. Sobre o algoritmo de árvore de decisão, é possível notar que a indicação formal de um profissional à área de A&N dos municípios é essencial, pois isso determinou a ausência/presença de nutricionistas na equipe (profissional capacitado para gestão e condução de AAN), o desconhecimento/conhecimento dentro do organograma da prefeitura sobre metas de A&N dentro dos planos anuais e plurianuais da gestão, e o desconhecimento/conhecimento de protocolos de terapia nutricional para atender sua população. Pensando no contexto de transição nutricional¹, piora nos fatores de risco para DCNT^{5,6} e com o estado de MS sendo recordista de mortes atribuíveis ao excesso de peso⁴, se faz necessário repensar a organização da atenção nutricional de uma ótica mais institucionalizada pelas prefeituras e SMS.

Como limitações do estudo destacamos que acessar municípios de todo o estado em relação à A&N durante o período de pandemia da COVID-19 foi bastante desafiador para se obter respostas precisas e informativas no estado. E, como o presente estudo é um recorte das 82 questões coletadas desses gestores (cerca de 1 hora e meia para preenchimento), pode significar sobrecarga ao profissional e possível não entendimento a algumas questões, pois o período coincidiu com profundas transformações na gestão da APS frente à pandemia. Ainda podemos chamar a atenção para o fato de a pesquisa ser on-line, o que pode gerar dúvidas quanto ao teor de algumas questões, podendo o respondente se confundir ou deixar alguns questionamentos em branco. Porém, acreditamos que isto não comprometa muito os dados, pois a pesquisa foi aderida em totalidade pelo universo de municípios de MS.

Por se tratar de estudo pioneiro na área, devido a inexistência de dados sobre a relação entre gestão em A&N, desafio de subfinanciamento e situação epidemiológica, tanto estadual quanto nacional, a discussão dos achados precisou valer-se de publicações externas ao tema e, por vezes, além do setor saúde, principalmente por reconhecermos a importância da gestão baseada em evidências para melhor alocamento de recursos financeiros e humanos, para controle mais efetivo de agravos à saúde multifatoriais como a obesidade.

Assim, demonstrou-se que nos municípios sul-mato-grossenses com nutricionistas na equipe de A&N, a existência do profissional gestor estava atrelada ao maior relato da participação da ATAN nos processos decisórios de planejamento da SMS, o que é positivo e importante para os desafios atrelados a A&N que perpassam pela APS, pensando em resolubilidade de problemas.

Além disso, ficou nítido que a dimensão financeira/orçamentária representa grande fragilidade da gestão das AAN em MS, em especial nos municípios que não incluíram a ATAN no organograma da SMS. E o simples fato de saber para onde os recursos estão sendo direcionados já constitui grande vantagem dos municípios com ATAN sobre os demais, visto que se pode ter mais controle da situação, organizar, planejar, priorizar e monitorar a gestão da área, bem como saber quanto recurso se tem e distribuí-los de acordo com as demandas mais urgentes, para tentar alcançar resultados cada vez melhores e mais eficientes.

Também ficou destacada a importância da formalização de RT pela área de A&N pelas SMS, principalmente alguém que seja capacitado no assunto para fazer frente aos problemas relacionados a carga de má nutrição que afligem a APS e consomem recursos consideráveis do SUS.

Colaboradores

Todos os autores responsabilizam-se pelo conteúdo do artigo e aprovaram a sua versão final.

Financiamento

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Processo 439696/2018-6. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Código de Financiamento 001.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1ª ed. Brasília: MS; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília: MS; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS; 2020.
4. Rezende LFM, coordenador. *A epidemia de obesidade e as DCNT: Causas, custos e sobrecarga no SUS* [Internet]. 2021 [acessado 2022 abr 28]. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília: MS; 2022.
7. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saude Debate* 2015; 39(104):9-17.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
10. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS* [Internet]. 2020 [acessado 2021 dez 29]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo Demográfico 2010: Trabalho e rendimento - Resultados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
12. Pialarissi R. Precarização do trabalho. *Rev Adm Saude* 2017; 17(66):1-12.
13. Becker LA, Rech CR, Reis RS. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. *Cad Saude Publica* 2018; 34(7):e00003918.

14. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *Rev Mineira Enferm* 2012; 16(2):178-187.
15. Souza LEFF. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):911-918.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. *Diário Oficial da União* 2011; 15 dez.
17. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS). Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN). *O uso do FAN - Fundo de Alimentação e Nutrição*. Campo Grande: SES/MS; 2021.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.012, de 18 de maio de 2020. Estabelece, no ano de 2020, incentivo de custeio para a estruturação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos Municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. *Diário Oficial da União* 2020; 25 maio.
19. Brasil. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021. Regulamenta o Programa Auxílio Brasil, instituído pela Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021. *Diário Oficial da União*; 2021.
20. Medeiros ARC, Araújo YB, Vianna RPT, Moraes RM. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. *Saude Debate* 2014; 38(100):104-118.
21. Funchal JPS, Adanatti DF. Um Estudo Sobre a Classificação de Risco na Área da Saúde Utilizando Árvores de Decisão. *ISys* 2016; 9(3):89-111.

Artigo apresentado em 26/07/2022

Aprovado em 25/10/2022

Versão final apresentada em 27/10/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

APÊNDICE B – RELATÓRIO ESTADUAL DE GESTÃO

A stack of three wooden blocks is positioned in the center of the page. The top block is light grey and features a line drawing of a stethoscope. The middle block is split vertically, with a dark green left side and a light green right side, both featuring a line drawing of a heart with an ECG line. The bottom block is red and features a line drawing of a house with a tree in front of it.

**Diagnóstico da gestão
das ações de
alimentação e nutrição
nos municípios de Mato
Grosso do Sul no
contexto da má nutrição**



Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul no contexto da má nutrição

Observatório de Condições Crônicas e Alimentação - OCCA
Secretária de Estado de Saúde – SES/MS





Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul no contexto da má nutrição

1ª edição
Campo Grande 2023



Ficha Técnica



Observatório de Condições Crônicas e Alimentação - OCCA

Coordenadoras do OCCA: Profa. Dr.a Bruna Paola Murino Rafacho e Prof. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Reitor: Prof. Dr. Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora: Profa. Dra. Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPP-UFMS)

Pró-reitor: Prof. Dra. Maria Lígia Rodrigues Macedo

Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN/UFMS)

Direção: Profa. Dra. Fabiane La Flor Ziegler Sanches

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Promoção da Saúde (DPS) - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Apoio

Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES-MS) – Coordenadoria de Ações em Saúde - Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GAN)

Coordenação Técnica Geral do Projeto

Coordenadora Geral: Profa. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti



Ficha Técnica

Produção e Análise de Conteúdo

Alline Lam Orué
Anderson Leão Holsbach
Henrique Bello
Karine Domingos de Araújo
Bruna Paola Murino Rafacho
Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Organizadores

Bruna Paola Murino Rafacho
Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Revisão e validação de conteúdo

Andréia Ferreira da Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul no contexto da má nutrição [recurso eletrônico] / Observatório de Condições Crônicas e Alimentação – OCCA, Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS. Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2023.

Modo de acesso: <https://repositorio.ufms.br>
ISBN

1. Nutrição - Política governamental - Brasil. 2. Saúde Pública - Brasil. 3. Gestão de alimentação e nutrição - Brasil. I. Observatório de Condições Crônicas e Alimentação – OCCA. II. Secretaria de Estado de Saúde – SES/MS.

CDD

Bibliotecário(a) responsável:

– CRB



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons – Atribuição - NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/)



Ficha Técnica

© do autor:

Camila Medeiros da Silva Mazzeti

1ª edição: 2023

Projeto Gráfico, Editoração

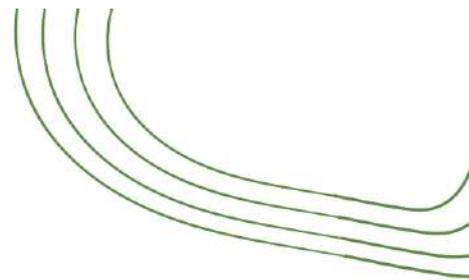
Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Revisão

A revisão linguística e ortográfica é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.





*"Podem cortar todas as flores,
mas não podem parar a primavera."*

Pablo Neruda



LISTA ILUSTRAÇÕES

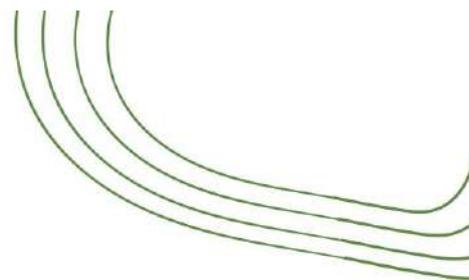


Figura 01. Raça/cor autodeclarada dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.	27
Figura 02. Formação dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.	28
Figura 03. Tempo de serviço no cargo ou função atual dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.	29
Figura 04. Tipo de vínculo empregatício dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.	29
Figura 05. Tipo de inserção da Área Técnica de Alimentação e Nutrição no organograma das Secretarias Municipais de Saúde em Mato Grosso do Sul, 2021.	32
Figura 06. A participação das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos processos decisórios da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	35
Figura 07. A atuação das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos processos decisórios em saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	36
Figura 08. A participação de processos decisórios de planejamento e Gestão Intersetorial das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	37
Figura 09. Colegiados do Sistema Único de Saúde dos quais as Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul participam, 2021.	38
Figura 10. Instrumentos que apresentam ações e metas de alimentação e nutrição na gestão em saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	40
Figura 11. Presença de uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	41



LISTA ILUSTRAÇÕES

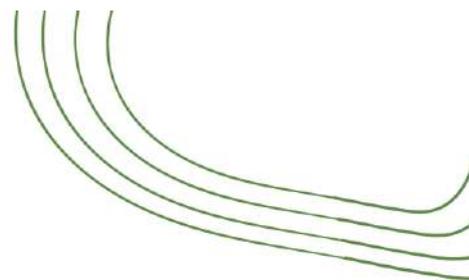


Figura 12. Presença das metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal em Mato Grosso do Sul, 2021.	42
Figura 13. Presença de temas de alimentação e nutrição na elaboração de protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	43
Figura 14. Presença de temas de alimentação e nutrição na elaboração de protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021	44
Figura 15. Disponibilização de protocolos de terapia nutricional pela Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	45
Figura 16. Disposição de canais pela Secretaria Municipal de Saúde para orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de Alimentação e Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	46
Figura 17. Recebimento de notícias via Ministério da Saúde para a área de Alimentação e Nutrição Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionado pelos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	46
Figura 18. A percepção da autonomia das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, segundo os gestores, nos municípios de Mato Grosso do Sul 2021.	48
Figura 19. A área de Alimentação e Nutrição responde pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	49
Figura 20. Sistemas de Informação em Saúde oficiais do Ministério da saúde utilizados para gestão de ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	50



LISTA ILUSTRAÇÕES

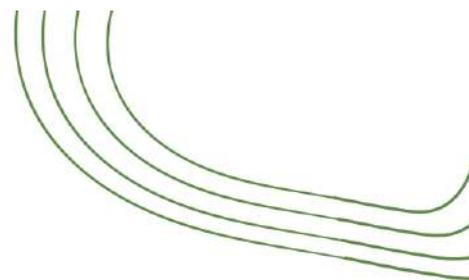


Figura 21. Questionamento se as ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019, Mato Grosso do Sul, 2021.	52
Figura 22. Contato com a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referida pelos gestores de saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	53
Figura 23. Tipos de apoios referidos pela Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referidos pelos gestores em saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	53
Figura 24. Contato com a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referida pelos gestores em saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	54
Figura 25. A articulação da área de Alimentação e Nutrição com outros setores do município em Mato Grosso do Sul, 2021.	54
Figura 26. Setores com os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	55
Figura 27. Etapas dos desenvolvimentos de ações, os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição realiza articulações com outros setores para realizar ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	56
Figura 28. Ações da Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolvidas de forma intersetorial nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	56
Figura 29. Setores com os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	57
Figura 30. Apresentação pela Secretaria Municipal de Saúde ou a área técnica de Alimentação e Nutrição de propostas de ação de alimentação e nutrição ao Conselho Municipal de Saúde no último ano nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	61



LISTA ILUSTRAÇÕES

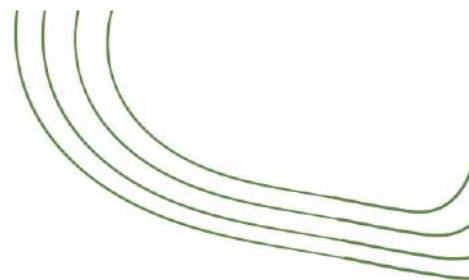
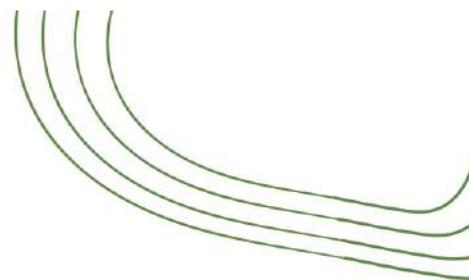


Figura 31. Existência referida da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição nos Conselhos Municipais de Saúde, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	61
Figura 32. Acompanhamento e planejamento pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição da gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados às ações e programas de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	63
Figura 33. Realização de reuniões da área técnica de Alimentação e Nutrição com a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sobre a sua responsabilidade nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	64
Figura 34. Solicitação e acompanhamento de processos licitatórios relacionados à temática pela área de Alimentação e Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	64
Figura 35. Áreas em que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.	65
Figura 36. Recebimento no município do incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.	66
Figura 37. O percentual de execução orçamentária no último ano do município do incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.	66
Figura 38. Recebimento no município do incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.	67
Figura 39. Conhecimento sobre possíveis repasses de recursos financeiros do próprio município para custeio das ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.	68
Figura 40. Áreas em que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.	69



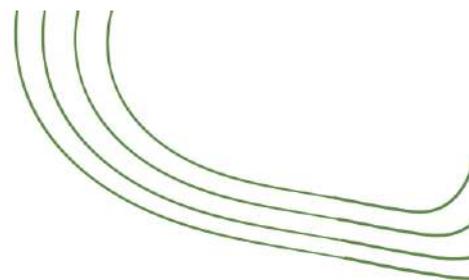
LISTA ILUSTRAÇÕES



- Figura 41. Incentivo da Secretaria Municipal de Saúde (direta ou indiretamente) da educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.** 72
- Figura 42. Estratégias de formação profissional incentivadas pela Secretaria Municipal de Saúde para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.** 73
- Figura 43. Instituições envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.** 74
- Figura 44. A contribuição da área de Alimentação e Nutrição para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.** 75
- Figura 45. Percepção dos gestores em saúde na avaliação da formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuírem nas seguintes temáticas, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.** 76



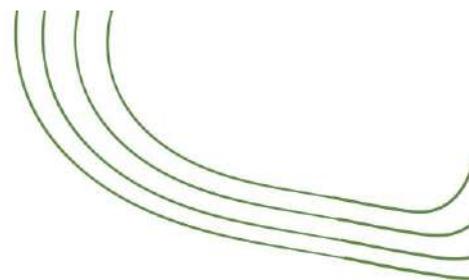
LISTA QUADROS



Quadro 01. Categorias profissionais presentes nas Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição ou na gestão de ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	33
Quadro 02. A elaboração de materiais como protocolos/guias/manuais para Atenção Primária em Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	42
Quadro 03. A elaboração de materiais como protocolos/guias/manuais para Atenção Primária em Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	43
Quadro 04. Principais meios/canais de recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à alimentação adequada referidos pelos gestores em saúde de Mato Grosso do Sul, 2021.	60
Quadro 05. Recursos alocados pela gestão municipal nas ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.	68



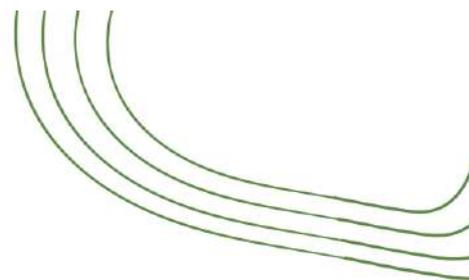
SIGLAS



AB	Atenção Básica
AN	Alimentação e Nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAS	Coordenadoria de Ações em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CIAN	Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSAN	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
COMSEA	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



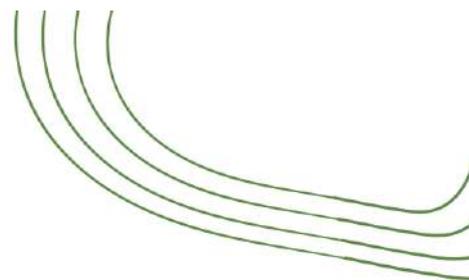
SIGLAS



COVID-19	Corona Virus Disease - 2019 / Doença do Coronavírus - 2019
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DGAS	Diretoria-Geral de Atenção à Saúde
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinante Social em Saúde
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EPSAN	Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
GAN	Gerência de Alimentação e Nutrição
GAPB	Guia Alimentar da População Brasileira



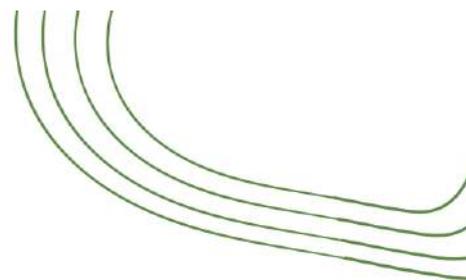
SIGLAS



GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IES	Instituições de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OCCA	Observatório de Condições Crônicas e Alimentação
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS	Plano Anual de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PBF	Programa Bolsa Família
PEO-ERJ	Projeto de Enfrentamento da Obesidade no Estado do Rio de Janeiro
PNAN	Secretária de Estado de Saúde
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PSE	Programa Saúde na Escola
REDE ECO-AB	Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica de Mato Grosso do Sul
RT	Responsável Técnico
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional



SIGLAS



SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-coronavirus-2 / Síndrome Respiratória Aguda Grave-coronavirus-2
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretária de Estado de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UnaSUS	Universidade Aberta do SUS
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



APRESENTAÇÃO

O Observatório de Condições Crônicas e Alimentação, o OCCA – MS, é uma iniciativa sul-mato-grossense que conta com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS), por meio da Gerência de Alimentação e Nutrição (GAN) para desenvolvimento de materiais educativos e pesquisa que apoiem a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no estado. A iniciativa está financiada por meio de duas chamadas públicas de pesquisa CNPq/MS/SAS/DEPROS/CGAN que juntos contam com quase 700 mil reais em recursos.

A situação da má nutrição no território do estado tem sido descrita por meio de inquéritos nacionais de saúde e de demografia, indicando que a situação da obesidade no Mato Grosso do Sul é grave e por dados de vigilância anuais, como o VIGITEL, há indícios de constante aumento e agravamento da situação. Portanto, a iniciativa do Ministério da Saúde, por meio de financiamento através do Fundo Nacional de Saúde, concretizou a chamada 26/2018 para capacitação e iniciativas estaduais para se iniciar no Brasil uma frente de enfrentamento à situação.

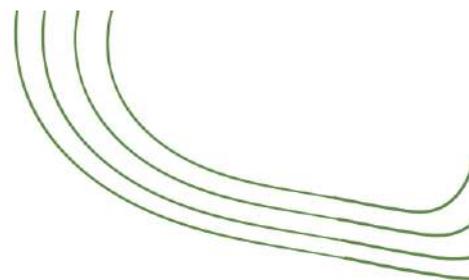
No ano de 2020, o grupo OCCA (então Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica de Mato Grosso do Sul – REDE ECO-AB) iniciou a consulta aos gestores municipais envolvidos em ações de alimentação e nutrição para enfrentamento da obesidade e sobre a implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). O presente documento cogita demonstrar a situação relatada por esses gestores em relação à alimentação e nutrição no presente relatório para que o SUS e principalmente, a Atenção Primária à Saúde do estado do Mato Grosso do Sul possam se organizar para enfrentamento e controle da situação.

Desejamos a todos boa leitura!

Equipe OCCA/UFMS



SUMÁRIO



INTRODUÇÃO - O QUE HÁ PARA SABER?	19
METODOLOGIA - COMO CHEGAMOS AQUI?	23
RESULTADOS	25
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	26
GESTÃO E PROCESSOS DECISÓRIOS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	30
DOCUMENTOS E CANAIS NORTEADORES	39
PROCESSOS DE TRABALHO	47
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E CONTROLE SOCIAL	58
ORÇAMENTO E INCENTIVO FINANCEIRO	62
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
PUBLICAÇÕES OCCA	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84



INTRODUÇÃO

O QUE HÁ PARA SABER?

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

No arcabouço legal, a Constituição Federal insere enquanto direito à alimentação (BRASIL, 1988):

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

No mesmo sentido, a Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação na saúde, estabelecendo princípios e diretrizes do SUS, inclui nas responsabilidades do sistema de saúde a vigilância nutricional e orientação alimentar: “Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS: (...) IV – a vigilância nutricional e orientação alimentar”.

A mesma lei evidencia que a alimentação é um condicionante de saúde:

“Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.”

Diante disso, é importante reconhecer que a própria PNAN, em consonância com os princípios do SUS, estabelece que também compete aos estados e municípios implementar as atribuições comuns e específicas, atuando no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta política, bem como o alcance de suas diretrizes (BRASIL, 2013), sendo:





Fonte: Adaptado da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, PNAN. (BRASIL, 2013).

O cenário epidemiológico brasileiro vem apresentando nuances de uma transição epidemiológica e nutricional mista (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008), onde ainda há a coexistência do excesso de peso e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com desnutrição e carências de nutrientes. Nesse cenário, há aumento significativo do sobrepeso e obesidade: em 2021, o país já apresentava 63% da população adulta com excesso de peso e 28,5% diagnosticados com obesidade (BRASIL, 2021). Em Mato Grosso do Sul, as frequências de adultos com sobrepeso ou obesidade foram ainda mais elevadas que a média nacional, com 36,6% da população obesa e 64,5% com excesso de peso. Destaca-se, ainda, que MS constitui o terceiro estado com mais casos de obesidade no país e o primeiro em número de mortes atribuíveis ao excesso de peso, com 959,7 mortes por milhão de habitantes (REZENDE et al., 2021).

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2019, ano de referência para o período pré-pandêmico, mostram que 64,5% da população sul-mato-grossense está com excesso de peso, dos quais 36,6% já está com obesidade. Enquanto no cenário nacional a prevalência de excesso de peso é de 63% e de obesidade é de 28,5%. Deste modo observa-se que o Mato Grosso do Sul está acima da média nacional, necessitando assim de medidas mais eficazes (BRASIL, 2020).

A elevada prevalência de obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e também está associada à perda de qualidade de vida e maiores custos ao sistema de saúde. As DCNT são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública. No Brasil, o percentual de mortes prematuras por DCNT corresponde a 74% (BRASIL, 2020).



Estima-se que em 2018 a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e a obesidade custaram ao SUS cerca de 3,45 bilhões de reais, dos quais são atribuídos especificamente à obesidade, sendo um fator de risco para HAS e DM, R\$ 1,42 bilhão (NILSON et al., 2020).

Com esse cenário é reconhecido que a má alimentação lidera o ranking dos fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo, sendo o que mais contribui para mortalidade e o segundo fator que mais contribuiu para os anos de vida perdidos. A melhoria nas condições de alimentação da população poderia prevenir uma em cada cinco mortes no mundo (BRASIL, 2014).

Em contrapartida, com base nos dados do e-SUS AB de junho de 2018 a junho de 2019, o Ministério da Saúde evidencia um panorama de invisibilidade da obesidade na APS em especial, mas que também se aplica à atenção especializada. Dos 105 milhões de brasileiros atendidos na APS, a condição HAS avaliada foi de 26,38%, DM 10,51%, enquanto obesidade foi de 2,85%. Esses valores divergem da VIGITEL (2019), no qual apresenta que a cada 10 indivíduos, com hipertensão e que têm diabetes relatam ter excesso de peso. Portanto, nota-se uma negligência para a condição de obesidade avaliada, visto que ela está divergente inclusive da prevalência da obesidade no Brasil (MALVEIRA et al., 2021).

Sobre as inúmeras e reconhecidas repercussões da obesidade, sabe-se que o IMC elevado aparece como um importante fator de risco para DCNT, para o Ministério da Saúde a obesidade está associada a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e de triglicérides sanguíneos e resistência à insulina (BRASIL, 2022).

Além disso, o Observatório de Obesidade do Projeto de Enfrentamento da Obesidade no Estado do Rio de Janeiro (PEO-ERJ) evidencia um estudo conduzido em 8 países, incluindo o Brasil, que aponta que 28 doenças estão relacionadas à obesidade. Também, associa impactos econômicos da obesidade divididos em custos diretos, como custos médicos e custos não médicos (especificamente, a viagem e o tempo necessário para receber cuidados), e custos indiretos, como a perda econômica por mortalidade prematura e perdas de produtividade por absenteísmo e presenteísmo.

Diante da magnitude do problema, das repercussões relacionadas à maior probabilidade de desenvolvimento de outras doenças crônicas, do agravamento da situação em razão da pandemia de COVID-19 e dos custos para o sistema, que a obesidade deve ser encarada como um problema prioritário por gestores e profissionais da assistência em saúde, em todos os pontos de atenção, com ênfase na APS por sua capacidade de resolutividade e por ser ordenadora do cuidado.



Como referência estadual para a PNAN no Mato Grosso do Sul, a Gerência de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde (GAN/CAS/DGAS/SES) tem buscado divulgar, implantar, apoiar e implementar ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável e prevenção da obesidade e demais agravos, aos 79 municípios deste território.

As ações partem das visitas in loco; apoio remoto via e-mail, WhatsApp e fins; oficinas e eventos de formação; formação de rede com Instituições de Ensino Superior (IES), a exemplo da Rede ECO-AB; investido na qualificação da força de trabalho; apoiado pesquisas e inovação científica; monitorado os sistemas de informação e ações, programas e estratégias do Ministério da Saúde ao nível local.

Conheça o OCCA clicando no símbolo a seguir:



**Acesse as informações sobre alimentação e nutrição
no SUS de Mato Grosso do Sul**



METODOLOGIA COMO CHEGAMOS AQUI?

Estudo descritivo com base em dados primários coletados com gestores de saúde dos 79 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob parecer de número 3.981.748 (CAAE: 20532419.0.0000.0021), é derivado do Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA), que abrange as propostas de Mato Grosso do Sul selecionadas pelas chamadas CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN n.º 26/2018 – Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS e CNPq/MS/SAPS/DEPROS n.º 27/2020 – Pesquisa em doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados.

A chamada incluiu avaliação da atenção nutricional como principal aspecto de pesquisa no território do Mato Grosso do Sul. Para isso foi elaborado um questionário para gestores em saúde que atuam na APS pelo Ministério da Saúde e Instituições de Ensino Superior (IES) (com auxílio da UFMS). A aplicação do questionário foi pactuado em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por todos os 79 municípios do estado, na reunião ordinária n.º 277 de 24 de maio de 2019. Após essa etapa, a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS), por meio da Gerência de Alimentação e Nutrição (GAN) do estado, mapeou um gestor por município para responder o questionário formulado sobre a atenção nutricional em cada território.

Com o auxílio da ferramenta SurveyMonkey®, os pesquisadores do OCCA enviaram por e-mail o link do questionário fornecido pelo Ministério da Saúde, para cada contato mapeado, poderiam ser: Gerentes de Área Técnica de Alimentação e Nutrição, Coordenadores da APS ou Secretários Municipais de Saúde. A ação gerou os bancos de dados entregue aos pesquisadores, para realizar o diagnóstico da organização da gestão e da atenção nutricional no âmbito da APS no estado de Mato Grosso do Sul.

O questionário “Diagnóstico da Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios” preenchido pelos gestores ou os responsáveis municipais pelas ações de alimentação e nutrição indicados pela gestão no ano de 2021, continha 82 questões e estava dividido em cinco seções: 1ª) Apresentação; 2ª) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 3ª) Identificação do município; 4ª) Identificação do respondente; 5ª) Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição. Em Mato Grosso do Sul, a quinta seção foi subdividida em seis blocos de assunto: 1) Gestão e processos decisórios; 2) Documentos e canais norteadores; 3) Processo de trabalho; 4) SAN, controle social e articulações; 5) Orçamento e incentivo financeiro; 6) Educação do profissional. Essas seções serão utilizadas para apresentação dos resultados obtidos pelo levantamento.



Todos os gestores da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) foram convidados a participar do estudo e assinaram o TCLE, um por município, totalizando 79 participantes, segundo a ordem de preferência: 1) gestor da área de Alimentação e Nutrição; 2) gestor da Atenção Primária à Saúde; 3) Secretário Municipal de Saúde. Tal preferência foi determinada tendo em vista a maior proximidade do gestor da área de Alimentação e Nutrição com a pauta do questionário, sem excluir os municípios que não apresentam este cargo e/ou função na secretaria municipal de saúde.

A coleta de dados aconteceu de outubro a dezembro de 2020, com busca ativa dos municípios. A Gerência de Alimentação e Nutrição (GAN) da SES/MS, forneceu os contatos de todos os gestores de ATAN e da coordenação da APS e auxiliou o contato em cada município, por um e-mail oficial via GAN, com o link de preenchimento do mesmo. Semanalmente a equipe da pesquisa conferia o retorno de resposta, e retornava a GAN os municípios ainda faltantes. A mesma retornava contato com o município em questão e pactuava nova data limite para resposta do questionário pactuado. Após essa busca ativa, 78 dos 79 municípios retornaram as perguntas na íntegra, e apenas o município de Coronel Sapucaia retornou parcialmente o questionário. A equipe resolveu interromper a coleta em dezembro de 2020 com iminência do início da organização da vacinação da COVID-19 e considerando a sobrecarga de trabalho que todos os profissionais do SUS foram submetidos durante a emergência da SARS-COV-2.

Os dados foram transformados em unidades contínuas e categóricas conforme a necessidade de cada informação armazenada. A análise dos dados foi conduzida descritivamente e tabelas e gráficos de prevalências e porcentagens para descrição do panorama dos dados e diagnóstico da gestão da alimentação e nutrição na APS no estado de Mato Grosso do Sul.

E a fim de padronização da nomenclatura, chamaremos de ATAN ao longo de relatório as áreas e/ou coordenações responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição, independente de terem o nome oficial de ATAN.

Conheça o nosso canal no YouTube clicando no símbolo a seguir:





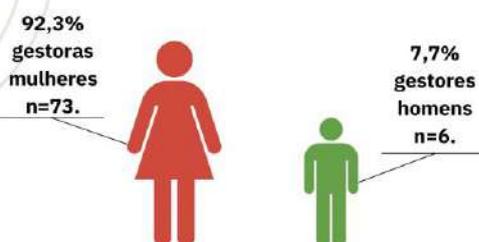


Identificação do Respondente

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

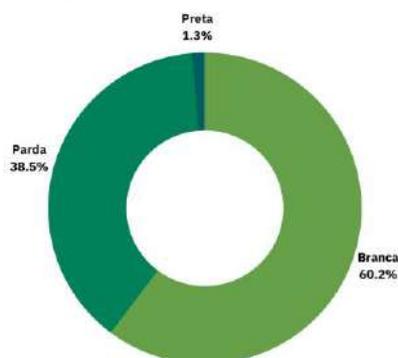
A seguir estão apresentadas as características pessoais e profissionais dos gestores de Mato Grosso do Sul que responderam ao questionário “Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios no contexto da obesidade”. A partir destas informações é possível saber quem são os gestores que representam as ATAN ou as ações de alimentação e nutrição no estado, mesmo que não exista um cargo exclusivo para tal função em alguns municípios.

Inicialmente é importante destacar que a grande dos respondentes do levantamento se declararam do sexo feminino, sendo 73 (92,3%) dos 79 respondentes eram mulheres. A seguir vamos destrinchar maiores detalhes sobre os respondentes.



A Figura 01, descreve a raça/cor dos respondentes do questionário.

Figura 01. Raça/cor autodeclarada dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.



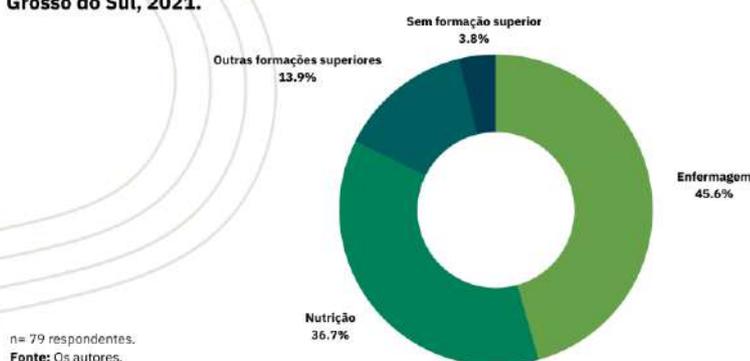
n= 79 respondentes.
Fonte: Os autores.



Em relação à formação dos gestores, os dados mostram que a maioria dos gestores possui graduação em enfermagem (45,6%) ou nutrição (36,7%). As outras formações citadas foram em biomedicina (2,5%), farmácia (2,5%), fisioterapia (2,5%), pedagogia (2,5%), administração (1,3%), assistência social (1,3%) e odontologia (1,3%), mas em alguns municípios o gestor não possui ensino superior completo (3,8%), conforme mostra o gráfico a seguir, complementado pelo quadro de outras formações.

Mais informações sobre a formação dos gestores, pode ser vista na Figura 02.

Figura 02. Formação dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.



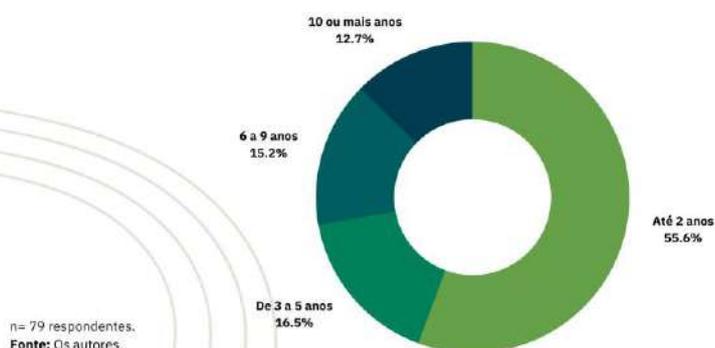
Entre os gestores respondentes, o cargo ou função de coordenador(a) ou referência da Atenção Primária à Saúde (APS) no município apareceu em primeiro lugar (58,2%), o de coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em segundo lugar (39,2%) e, por último, empatados os cargos de gerente da APS (1,3%) e secretário(a) municipal de saúde (1,3%).

Cabe destacar que, em municípios do interior, na inexistência de cargo de coordenador da ATAN, o profissional nutricionista do município, ou do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou da coordenação do Programa Bolsa Família (PBF) na saúde, acaba por se tornar a referência da área de Alimentação e Nutrição na SMS.

A ocupação destes cargos ou funções parece sofrer certa rotatividade conforme o levantamento, pois a maioria referiu ter o tempo de serviço menor que um ano (21,5%) de duração no cargo ou função. Em geral, o tempo de serviço da maioria dos gestores nestes cargos ou funções era de até 2 anos (55,7%) no momento do preenchimento do questionário, enquanto o período de 3 a 5 anos ficou em segundo lugar (16,5%), seguido do de 6 a 8 anos (15,2%) e, por último, 10 anos ou mais (12,7%), como pode ser visto na Figura 03.

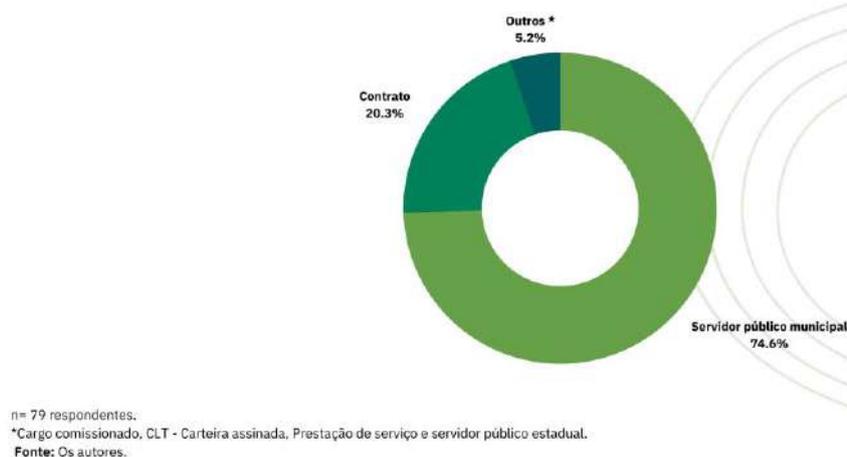


Figura 03. Tempo de serviço no cargo ou função atual dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.



A respeito do tipo de vínculo empregatício, a maioria dos respondentes são servidores públicos municipais (74,7%), contrato é o segundo vínculo mais comum (20,3%) e os demais citados são o cargo comissionado (1,3%), CLT (carteira de trabalho assinada) (1,3%), prestação de serviço (1,3%) e servidor público estadual (1,3%), como mostra a Figura 04.

Figura 04. Tipo de vínculo empregatício dos gestores responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição em Mato Grosso do Sul, 2021.





**Gestão e processos
decisórios em
Alimentação e Nutrição**

GESTÃO E PROCESSOS DECISÓRIOS

Neste bloco estão apresentadas as questões referentes às ATAN municipais, sobre responsável pelas ações de alimentação e nutrição e à equipe de gestão da área, bem como os processos decisórios nos quais a ATAN tem participação ou não nos municípios.

A partir destas informações, é possível enxergar como está organizada a gestão da ATAN nos municípios do estado, quais categorias profissionais têm mais representatividade nas equipes, e principalmente, o quanto a ATAN tem espaço e participação na tomada de decisão ao nível municipal em Mato Grosso do Sul.

Na maioria dos municípios do estado (60,76%) afirmaram que não existe uma ATAN, ou outra unidade gerencial responsável por todos os programas da área de alimentação e nutrição, na SMS. Apenas 37,97% dos gestores afirmaram que existe tal coordenação (ou outra unidade gerencial na área) na SMS de seu município e 1,27% não soube responder.

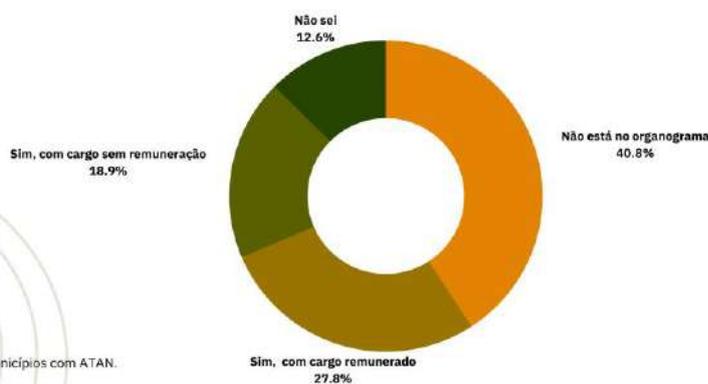
Dos 79 municípios do estado, apenas 30 possuem uma área para coordenação para ações e programas de alimentação e nutrição na SMS.



Entre os municípios que possuem ATAN (ou unidade gerencial semelhante), quase metade (45,2%) afirmou que tal coordenação/unidade gerencial está presente no organograma da SMS. A Figura 05 mostra estas informações especificando se o cargo é remunerado ou não.



Figura 05. Tipo de inserção da Área Técnica de Alimentação e Nutrição no organograma das Secretarias Municipais de Saúde em Mato Grosso do Sul, 2021.



No caso das ATAN que estão presentes no organograma da SMS, com ou sem cargo remunerado ou função gratificada, foram analisadas mais duas informações: 1) a que ATAN (ou outra unidade gerencial) estava vinculada a uma área específica da SMS; 2) há quanto tempo a ATAN (ou outra unidade gerencial) foi criada. Foi observado que a grande maioria das ATAN (92,9%) estão vinculadas à área da APS e 7,1% está vinculada à área de Promoção da Saúde; e que mais da metade (64,3%) das ATAN são recentes (de 2 a 4 anos), enquanto 35,7% foi criada há 10 anos ou mais. Ressalta-se que apenas 14 respondentes retornaram essa informação quando questionados.

Metade dos gestores (50,6%) afirmou que existe um Responsável Técnico (RT) formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na SMS, e em sua maioria com formação em nutrição (85,5% dos municípios onde existe este RT). Também foram relatados RT com formação em enfermagem (10%) e administração (2,5%), além de RT sem formação (2,5%).

Ainda com relação aos municípios com RT para ações de alimentação e nutrição, mais da metade (55%) exerce esta função há 3 anos ou menos.



Dos 79 municípios do estado, 40 possuem um responsável técnico para ações e programas de alimentação e nutrição formalmente indicados na SMS.



A formação dos profissionais, que fazem parte da ATAN, mostrou que a única categoria profissional presente em mais da metade das equipes é a do nutricionista, como pode ser conferido em detalhes, com o número de profissionais de cada categoria nas equipes, no Quadro 1 a seguir. Nessa questão também foram citadas outras categorias profissionais presentes nas equipes, como 1 psicóloga(o) (2,5%) e fonoaudiólogo (1,3%), além de 1,3% citarem 1 digitador, 1 administrador e/ou 1 assistente administrativo.

A partir desse ponto, as prevalências tratadas nesse relatório, serão a partir de 78 municípios, uma vez que um dos municípios respondentes não concluiu o preenchimento total do questionário, e mesmo após busca ativa, não houve retorno.

Quadro 01. Categorias profissionais presentes nas Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição ou na gestão de ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE GESTÃO DA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		
Formação profissional	Número de profissionais	Porcentagem de municípios
Assistente social	1	15,19%
	2	3,80%
	Nenhum	81,01%
Enfermeira(o)	1	17,72%
	2	1,27%
	3	3,80%
	4	5,06%
	5	3,80%
	6	1,27%
	7	3,80%
	10	1,27%
	12	1,27%
	Nenhum	60,76%
Farmacêutica(o)	1	11,39%
	3	1,27%
	4	1,27%
	5	1,27%
	Nenhum	84,81%
Fisioterapeuta	1	7,59%
	2	3,80%
	3	1,27%
	4	2,53%
	Nenhum	84,81%



COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE GESTÃO DA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		
Formação profissional	Número de profissionais	Porcentagem de municípios
Médica(o)	1	5,06%
	2	2,53%
	3	3,80%
	4	2,53%
	5	3,80%
	7	3,80%
	10	1,27%
	Nenhum	77,22%
Nutricionista	1	58,23%
	2	8,86%
	3	3,80%
	7	1,27%
	Nenhum	27,85%
Sanfitarista	1	6,33%
	2	1,27%
	3	2,53%
	Nenhum	89,87%
Odontólogo(a)	1	3,80%
	2	1,27%
	3	1,27%
	4	1,27%
	5	3,80%
	7	1,27%
	8	1,27%
	10	1,27%
	Nenhum	84,81%
	Profissional de Educação Física	1
2		5,06%
4		1,27%
Nenhum		83,54%
Técnico(a) de Enfermagem	1	1,27%
	2	2,53%
	4	1,27%
	5	3,80%
	7	2,53%
	10	1,27%
	15	1,27%
	Nenhum	86,08%
Técnico(a) de Nutrição e Dietética	1	3,80%
	Nenhum	96,20%

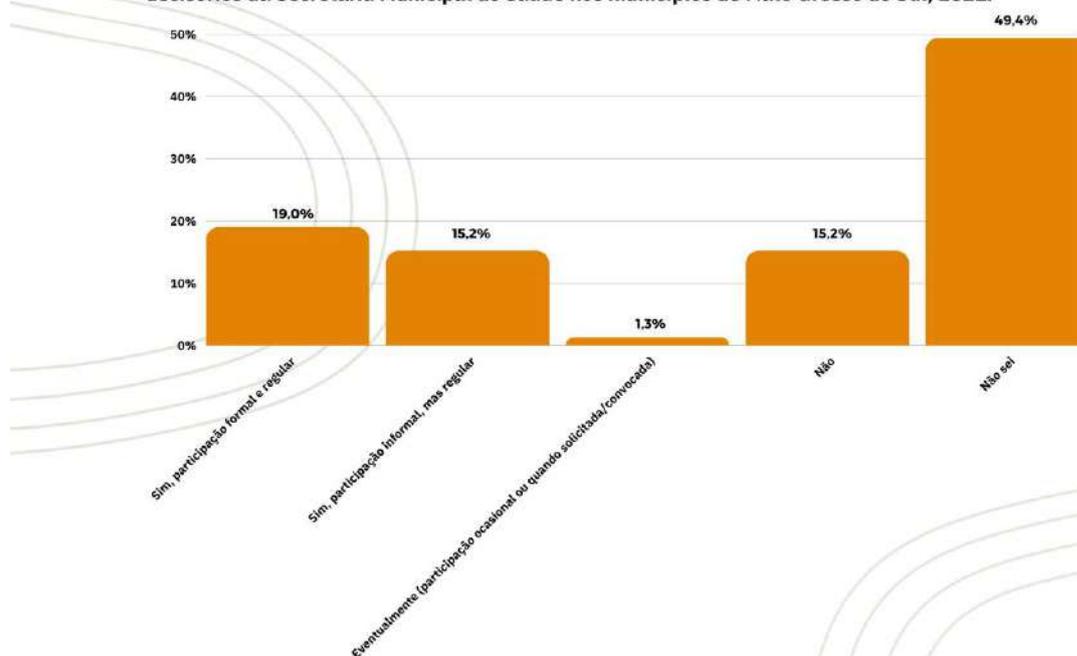
n= 78 respondentes. Apesar de 39 municípios reportarem não ter área técnica, todos os gestores atribuíram valores para quantitativo de profissionais presentes nas ATAN.

Fonte: Os autores.



Sobre a participação nos processos decisórios da saúde do município, menos da metade dos gestores (35,5%) afirmou que a ATAN participa dos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS, enquanto 15,2% relatou que a área não participa e 49,4% não soube responder. Mais detalhes podem ser vistos na Figura 08.

Figura 06. A participação das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos processos decisórios da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



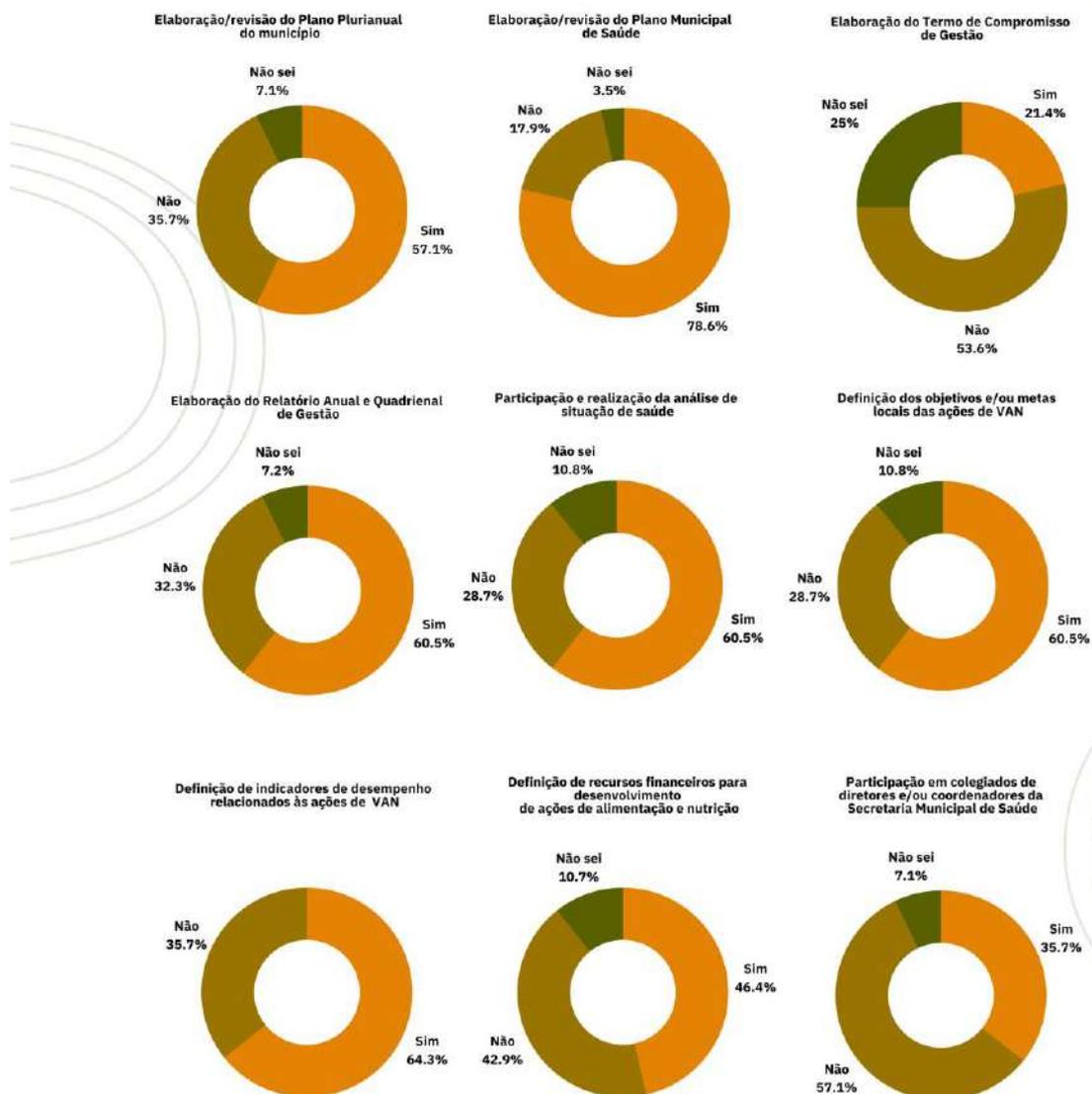
n= 78 respondentes. Apesar de 39 municípios reportarem não ter ATAN, todos os gestores responderam a questão.
Fonte: Os autores.

Considerando apenas os municípios nos quais a ATAN participa de alguma forma dos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS, a maior participação foi na elaboração e/ou revisão do Plano Municipal de Saúde (78,6%), seguida da definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de vigilância alimentar e nutricional (78,5%), da elaboração do Relatório Anual e Quadrienal de Gestão (60,7%) e definição de indicadores de desempenho relacionados às ações de vigilância alimentar e nutricional (64,3%), da participação e realização da análise de situação de saúde (60,7%) e da elaboração e/ou revisão do Plano Plurianual do município (57,2%).

Mais da metade (57,2%) relatou que a área não participou em colegiados de diretores e/ou coordenadores da SMS e/ou da elaboração do Termo de Compromisso de Gestão. Maiores detalhes podem ser vistos a seguir na Figura 07.



Figura 07. A atuação das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos processos decisórios em saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

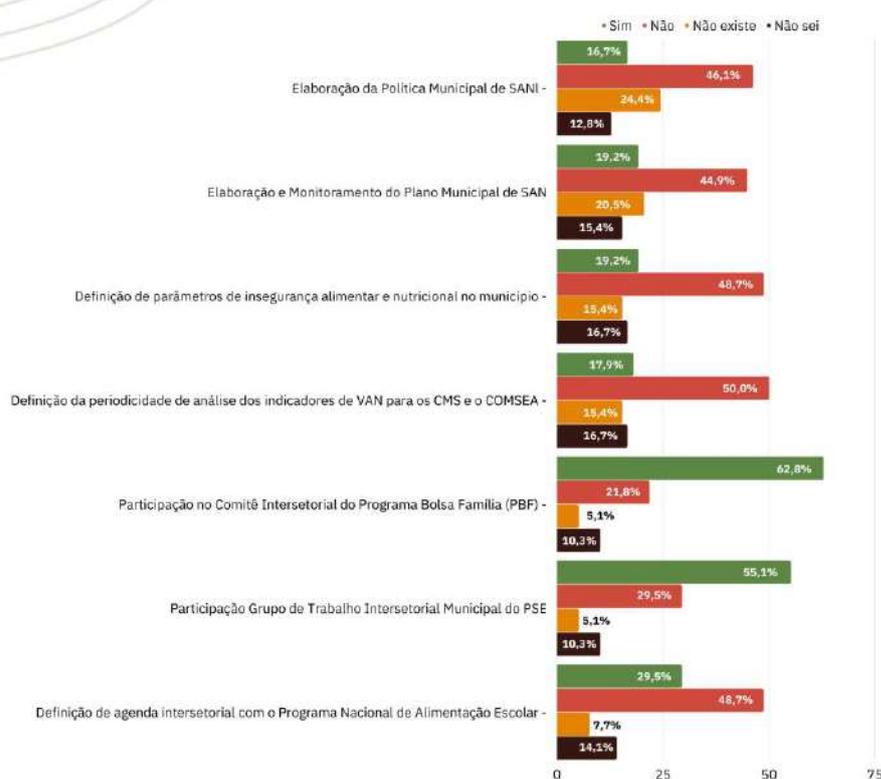


n= 28 respondentes. Municípios nos quais a área de Alimentação e Nutrição participa de alguma forma dos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS
Fonte: Os autores.



Quanto à gestão intersetorial, a ATAN representou a SMS principalmente por meio da participação no Comitê Intersectorial do Programa Bolsa Família (PBF) (63,3%) e participação no Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) Programa Saúde na Escola (PSE) (55,7%). Por outro lado, a definição da periodicidade de análise e/ou de divulgação dos indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância alimentar e nutricional, para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e para o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA), é o processo decisório de planejamento e gestão intersectorial no qual ATAN menos participou (49,37% não participou). Estas informações estão ilustradas, em detalhes, a seguir na Figura 08.

Figura 08. A participação de processos decisórios de planejamento e Gestão Intersectorial das Áreas Técnicas de Alimentação em Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes. Apesar de 39 municípios reportarem não ter ATAN, todos os gestores responderam a questão.

Fonte: Os autores.

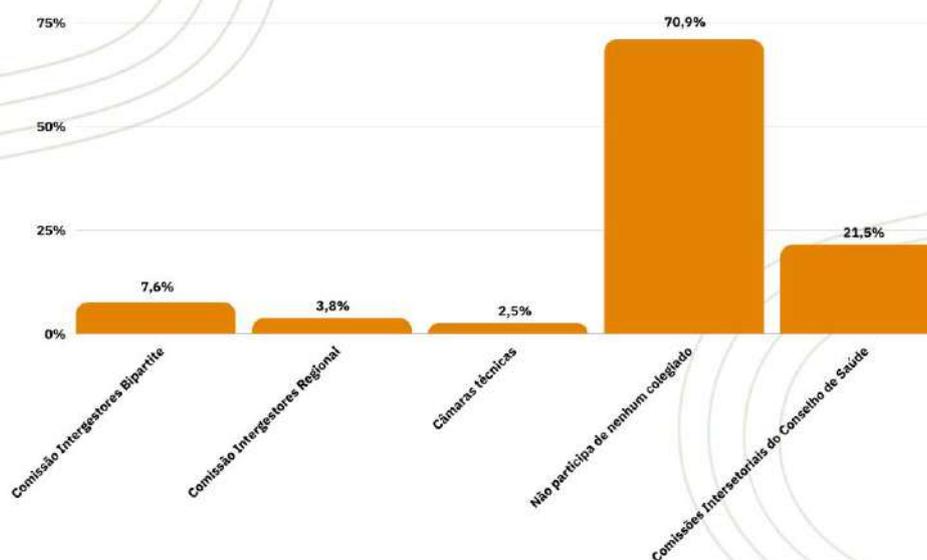


A maioria dos municípios informou que a ATAN não participa de nenhum colegiado do Sistema Único de Saúde (SUS) (69,6%). As Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde são as que apresentam mais participação da área (21,5%).

Entre os colegiados incluídos na categoria “outros”, foram citados o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA), a Rede de Banco de Leite Humano de MS, o Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família (PBF), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e o conselho de assistência social.

Mais detalhamentos sobre os colegiados onde a ATAN participa, podem ser vistos a seguir na Figura 09.

Figura 09. Colegiados do Sistema Único de Saúde dos quais as Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição dos municípios de Mato Grosso do Sul participam, 2021.



n= 78 respondentes. Apesar de 39 municípios reportarem não ter ATAN, todos os gestores responderam a questão.
Fonte: Os autores.



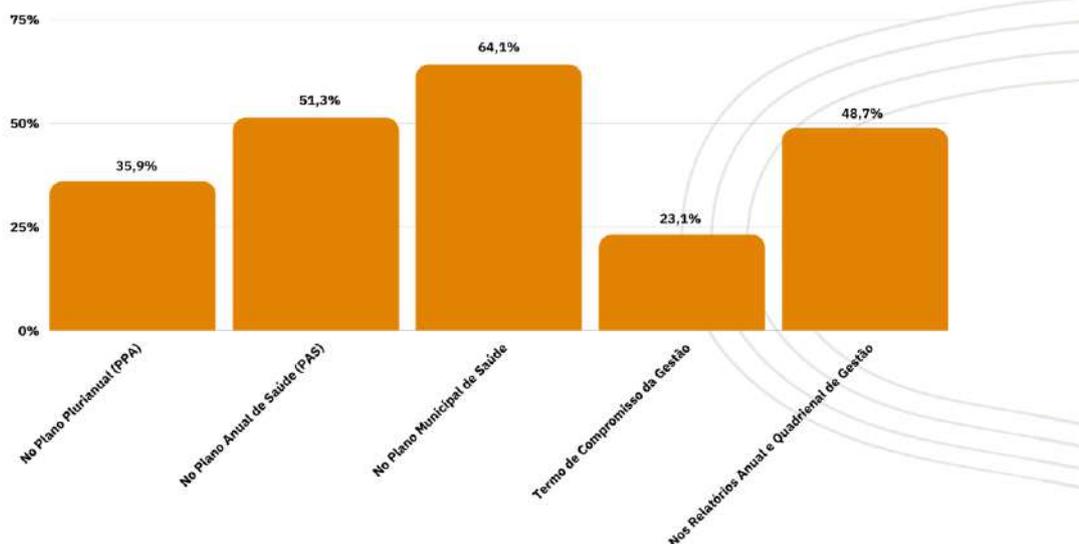


DOCUMENTOS E CANAIS NORTEADORES

Neste bloco, são apresentadas as questões referentes à instituição e regulamentação da Política de Alimentação e Nutrição, bem como sobre protocolos, guias e manuais que direcionam a atuação das SMS dentro desta temática. Com isso, é possível conhecer quais instrumentos e documentos são utilizados como norteadores para guiar a realização de ações de alimentação e saúde pelos gestores de Mato Grosso do Sul.

As metas de alimentação e nutrição da SMS são contempladas por instrumentos de planejamento de saúde existentes na gestão municipal. Entre eles, elenca-se: Plano Plurianual (PPA), Plano Anual de Saúde (PAS), Plano Municipal de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão. Desses, as respostas recebidas acerca da utilização desses recursos para gestão e planejamento estão exibidas na Figura 10.

Figura 10. Instrumentos que apresentam ações e metas de alimentação e nutrição na gestão em saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



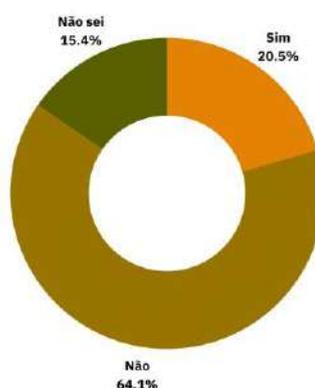
n = 78 respondentes. As 5 frequências não fecham 100% entre si, pois o indivíduo podia responder, SIM, NÃO e NÃO SEI para cada uma das 5 questões.
Fonte: Os autores.



Além dos instrumentos de planejamento que contemplem ações de alimentação e nutrição, o município pode usufruir de uma política própria de alimentação e nutrição que oriente a atuação da SMS na temática.

Do total de participantes que responderam ao questionamento (n=78), mais da metade (64,1%) informaram que não existe uma política de alimentação e nutrição para orientação à atuação da SMS. Dos demais, apenas 20,5% responderam que existe uma política na SMS que orienta a temática de alimentação e nutrição e cerca de 16,5% não souberam responder, como exposto na Figura 11.

Figura 11. Presença de uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

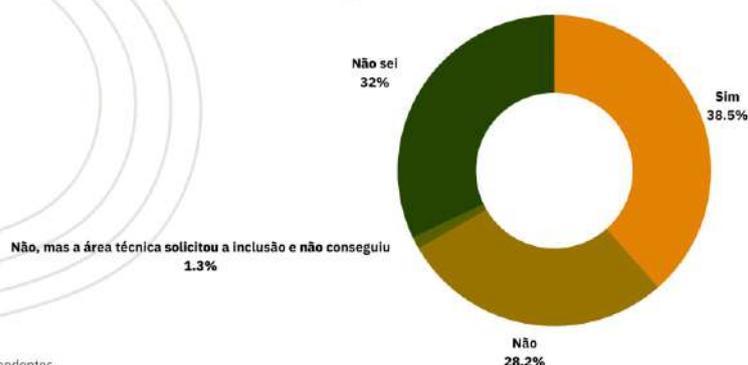
Quanto à regulamentação da política de alimentação e nutrição no município, da porcentagem da amostra que referiu existência e publicação da política nas SMS, apenas 6,3% da amostragem (n=1) respondeu que a política estava regulamentada, cerca da metade, 56,3% (n=9) relatou não saber se houve regulamentação, e 37,5% (n=6) respondeu que não houve regulamentação da política. Para a amostra que referiu regulamentação da política de alimentação e nutrição (n=1), a respectiva política foi regulamentada no ano de 2018, mesmo ano em que a política foi implementada no município.

O Plano Plurianual (PPA) é uma das ferramentas para o planejamento estratégico do município, isto é, para organização dos recursos e energias do governo e da sociedade em direção a uma visão de futuro, a um cenário de médio prazo. O PPA estabelece os projetos e os programas de longa duração do município, definindo objetivos e metas da ação pública para um determinado período. Dentre os projetos que podem ser incluídos no Plano Plurianual, estão as metas de Alimentação e Nutrição, aliadas às políticas de mesma temática.



A seguir, na Figura 12, observa-se que 38,5% dos respondentes sinalizaram que sim, as metas de alimentação e nutrição, estão inseridas nos PPA municipais; 32,0% não sabiam informar se as metas de alimentação e nutrição estavam ou não incluídas nos PPA municipais; 28,2% informaram que as metas de alimentação e nutrição não estavam inseridas nos PPA municipais; e ainda 1,3% (n=1) sinalizou que as metas de alimentação e nutrição não estavam inseridas no PPA municipal, de modo que a área técnica havia solicitado a inclusão das mesmas, porém sem sucesso.

Figura 12. Presença das metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal em Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

Os gestores foram questionados sobre a elaboração de materiais que norteassem as ações de qualquer área da saúde para APS, e cerca de 57,7% relataram que sim, o município elabora protocolos/guias/manuais para APS e forma a padronizar ações dos profissionais de saúde. Mais detalhes podem ser vistos no Quadro 02.

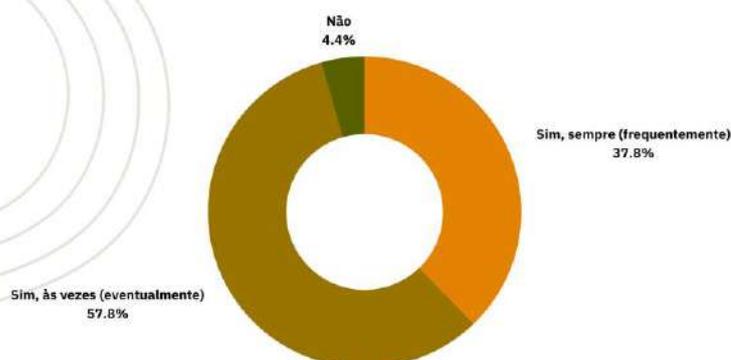
Quadro 02. A elaboração de materiais como protocolos/guias/manuais para Atenção Primária em Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde?	n	%
Sim	45	57,69%
Não	28	34,62%
Não sei	6	7,69%



Diante da amostra que respondeu “sim” à questão anterior (n=45), sinalizando que o município elabora protocolos/guias/manuais de APS, destas, 57,8% informou que os protocolos/guias/manuais de APS da SMS eventualmente (às vezes) incluem temas da área de Alimentação e Nutrição (AN); 37,8% sinalizou que a inclusão de temas de AN nos protocolos da APS acontece sempre ou frequentemente; e 4,4% disseram que os temas de AN não são incluídos nos guias de APS no município. Os dados estão dispostos na Figura 13.

Figura 13. Presença de temas de alimentação e nutrição na elaboração de protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 45 respondentes. Municípios que referiram produzir protocolos/guias/manuais para APS.
Fonte: Os autores.

Além de protocolos, guias e manuais voltados para a APS, os gestores também foram questionados sobre a elaboração de protocolos/guias/manuais para Atenção Especializada. Nesse quesito, 24,4% da amostragem preencheu “sim”, 55,1% preencheu “não”, e 20,5% preencheu “não sei”, como mostra o Quadro 03.

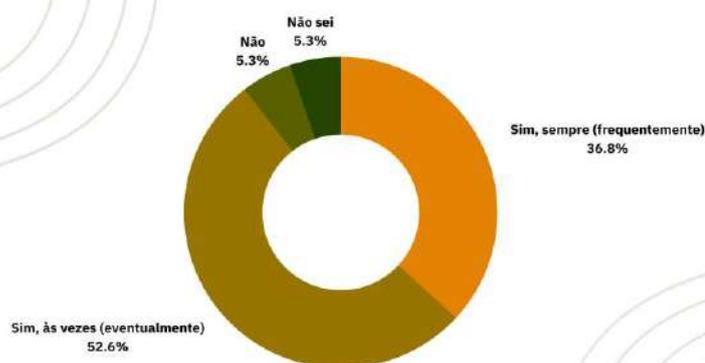
Quadro 03. A elaboração de materiais como protocolos/guias/manuais para Atenção Primária em Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada?	n	%
Sim	19	24,36%
Não	43	55,13%
Não sei	16	20,51%



Àqueles que responderam “sim” à questão anterior (O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada) (n=19), foi questionado se os respectivos protocolos/guias/manuais incluem temas da área de alimentação e nutrição. Frente ao questionamento, 36,8% da amostra (n=7) responderam que tais protocolos sempre/frequentemente incluem temas da área de alimentação e nutrição, e 52,6% (n=10), sinalizaram que essa inclusão ocorre eventualmente, de modo a totalizar 89,4% (n=17) da amostra, sugerindo que temas da área de alimentação e nutrição são quase sempre incluídos nos protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada no município. Dentre os que responderam “não” (n=1) ou “não sei” (n=1), correspondem, ambos, a 5,3% da amostra, como demonstrado na Figura 14.

Figura 14. Presença de temas de alimentação e nutrição na elaboração de protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021

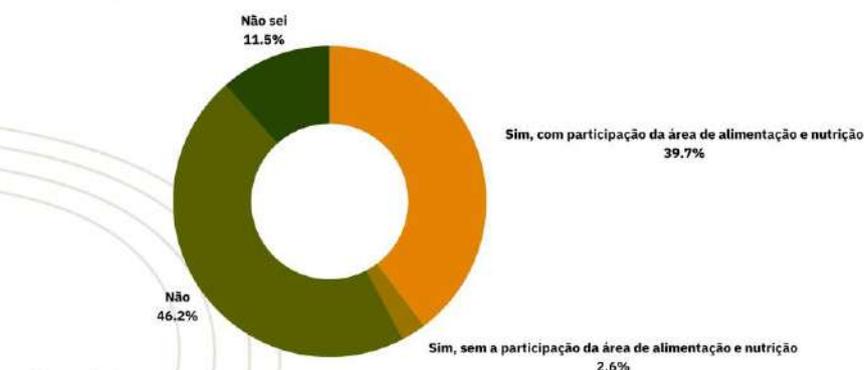


n= 19 respondentes. Municípios que referiram produzir protocolos/guias/manuais para Atenção Especializada.
Fonte: Os autores.

Adiante, quando questionados acerca da presença de protocolos de terapia nutricional elaborados pelo município, as respostas obtidas dos gestores podem ser observadas na Figura 15.



Figura 15. Disponibilização de protocolos de terapia nutricional pela Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



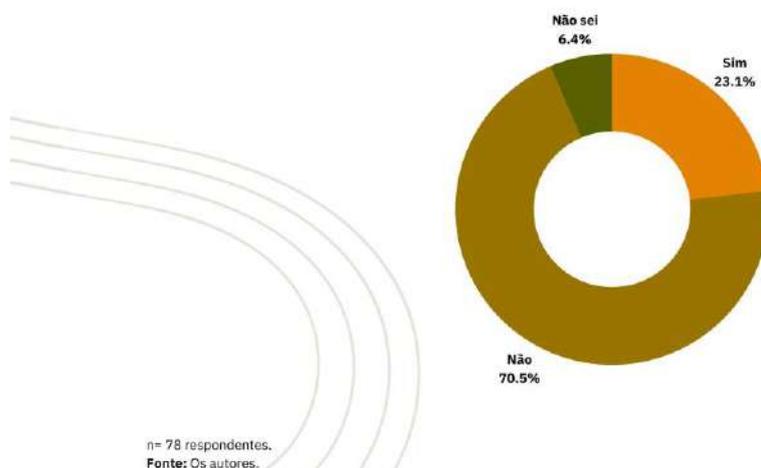
n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

Àqueles que responderam “sim” à questão anterior (42,3%; n=33), referindo a disponibilidade de guias de terapia nutricional presentes no município, perguntou-se quais protocolos de terapia nutricional disponíveis foram contemplados nessa disponibilização. Obtiveram-se as seguintes respostas: alergias e intolerâncias alimentares (69,7%); desnutrição de pessoas idosas (78,8%); desnutrição infantil (75,8%); Doenças Cardiovasculares (DCV) (54,5%); Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (78,8%); neuropatias (45,5%); pacientes em atenção domiciliar (84,8%); sobrepeso e obesidade em adolescentes (66,7%); sobrepeso e obesidade em adultos e idosos (81,8%); sobrepeso e obesidade infantil (69,7%).

Quando questionados sobre canais de orientação da própria SMS sobre os programa, ações e protocolos de alimentação e nutrição, observa-se que a maioria dos respondentes responderam que **não existe esse canal de comunicação para que o profissionais de saúde tirem dúvidas sobre o tema (70,5%)**. As demais informações sobre o questionamento, podem ser analisadas na Figura 16.

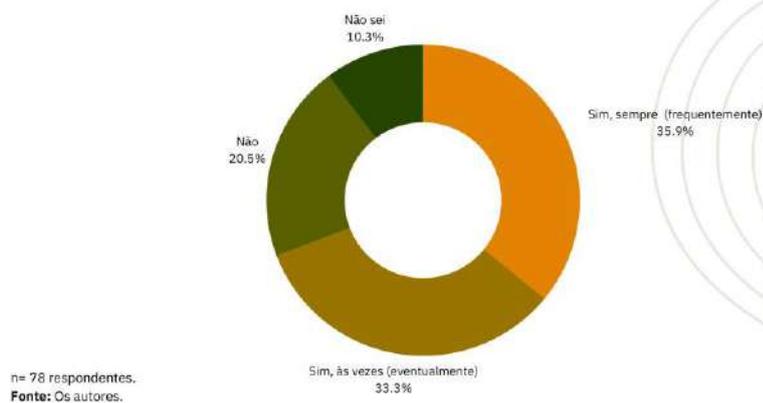


Figura 16. Disposição de canais pela Secretaria Municipal de Saúde para orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de Alimentação e Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



Quando questionados se a ATAN recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionados, apenas 35,9% afirmou receber essas notícias com frequência via Ministério da Saúde. A seguir, na Figura 17, há mais detalhes sobre as afirmações dos gestores.

Figura 17. Recebimento de notícias via Ministério da Saúde para a área de Alimentação e Nutrição Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionado pelos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.





Observatório de Condições
Crônicas e Alimentação

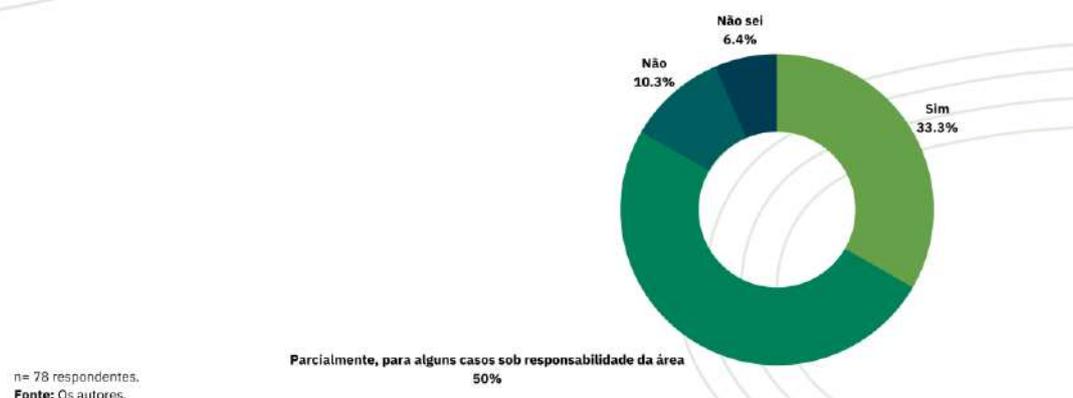
Processos de Trabalho

PROCESSOS DE TRABALHO

Neste bloco, são apresentadas as questões referentes aos processos de trabalho da ATAN ou outra área análoga responsável pelas ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul. Com isso, é possível conhecer o grau de autonomia e atuação das áreas e ações de alimentação e nutrição referidas pelos gestores de saúde em Mato Grosso do Sul.

A metade dos gestores (50,0%; n=39) considera que a autonomia da ATAN para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação é parcial, pertinente apenas para alguns casos sob responsabilidade da área. Por outro lado, enquanto 34,2% (n=26) acreditam que a ATAN tem, sim, esta autonomia total para propor iniciativas em sua área de atuação. As demais frequências acerca do questionamento, podem ser vistas na Figura 18.

Figura 18. A percepção da autonomia das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, segundo os gestores, nos municípios de Mato Grosso do Sul 2021.



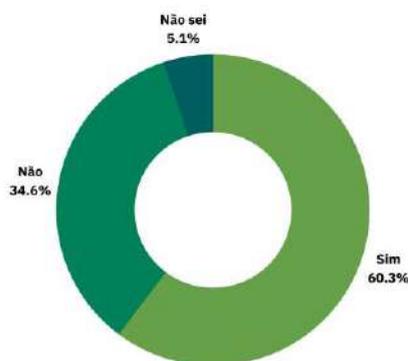
No caso dos 8 municípios que declararam que a ATAN não tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, a maioria (75%; n=6) atribuiu o motivo à falta de recurso humano e/ou inexistência da ATAN, 12,5% (n=1) respondeu que a falta de autonomia para propor projetos, programas e ações é devida à falta de envolvimento e outros 12,5% (n=1) explicou que não existe abertura por parte da SMS para a proposição de projetos, programas ou ações em nutrição no município.



Neste tópico, os participantes tinham a liberdade de preencher com as próprias palavras o porquê da ATAN não ter autonomia para propor projetos, programas ou ações no território. Diante disso, foram observadas as seguintes respostas: “A gestão anterior não convocou a coordenadora de alimentação e nutrição”; “Não temos área técnica somente para alimentação e nutrição”; “Não temos nutricionista coordenadora ativa”; “Falta material humano para implantar ações voltadas para o programa”; “Por que não temos área técnica ainda”; “Não temos equipe formada”.

Sobre ações específicas de alimentação e nutrição presentes no organograma do SUS, como a dispensação de fórmulas alimentares e leite especiais, mais da metade dos gestores (60,3%) afirmou que a ATAN responde pelos processos de dispensação como forma de um dos seus processos de trabalho. Mais informações sobre essa questão, podem ser visualizadas na Figura 19.

Figura 19. A área de Alimentação e Nutrição responde pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da Secretaria Municipal de Saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



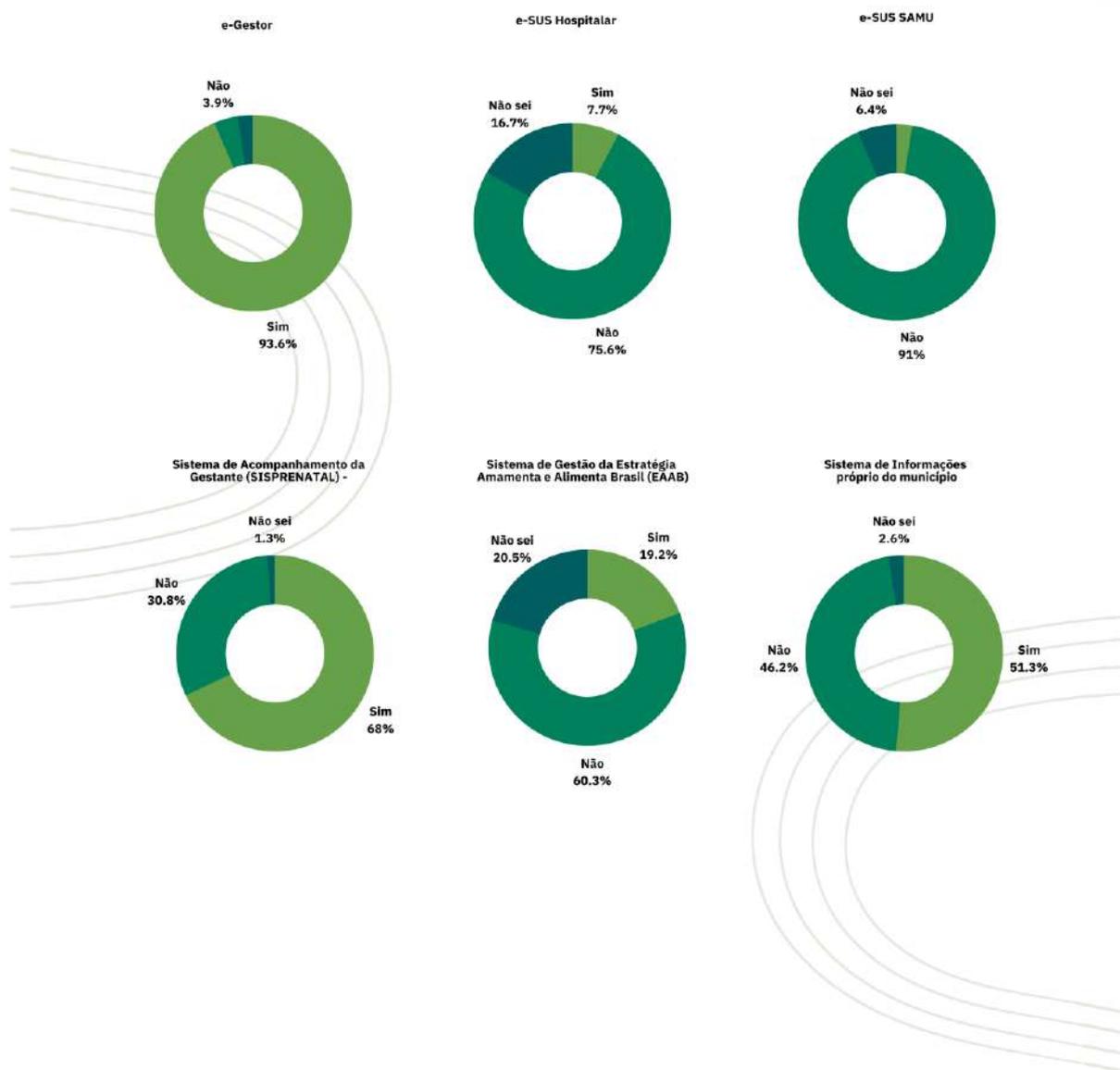
n= 78 respondentes.

Fonte: Os autores.

Sobre os sistemas de informação do Ministério da Saúde utilizados pelos municípios de Mato Grosso do Sul para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição, os gestores referiram os maiores usos para: o Sistema de Gestão do PBF na Saúde (93,6%), o e-Gestor (93,6%), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária em Saúde (e-SUS AB/ SISAB) (89,7%), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (76,9%), o Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) (68%) e o Sistema de Gestão de Micronutrientes (62,8%). Estas e outras informações sobre a utilização dos sistemas estão ilustradas na Figura 20.



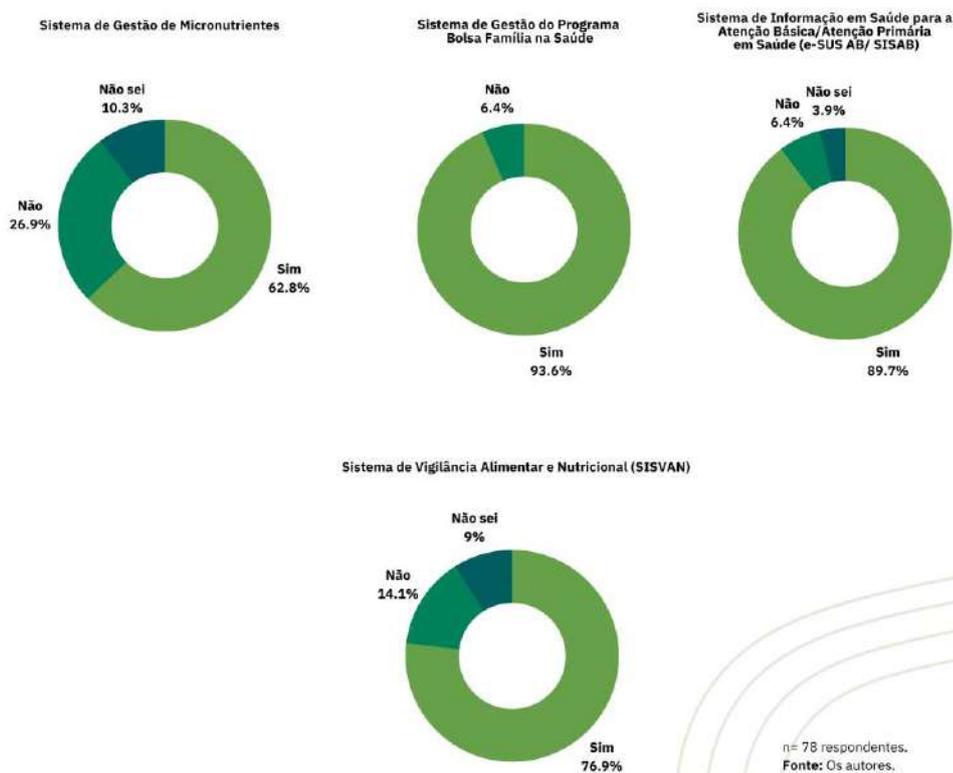
Figura 20. Sistemas de Informação em Saúde oficiais do Ministério da saúde utilizados para gestão de ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.



Figura 20. Sistemas de Informação em Saúde oficiais do Ministério da saúde utilizados para gestão de ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021 (CONTINUAÇÃO).



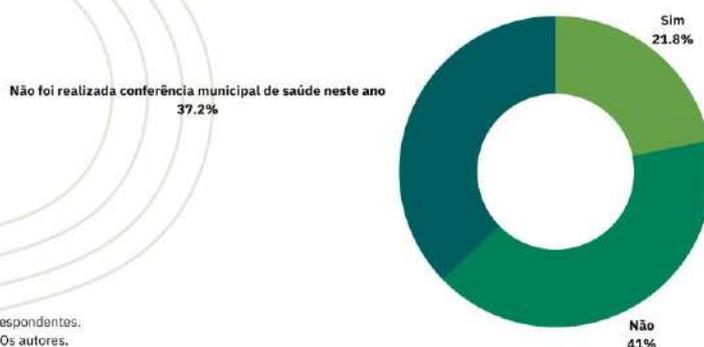
Sobre a comunicação das ações de alimentação e nutrição trabalhadas no município, mais da metade dos gestores (67,9%) afirmou que a ATAN divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município, enquanto 28,21% declarou que a área não divulga as atividades, 3,8% não soube responder.

Entre os municípios onde a área de ATAN (n=53) divulga as atividades realizadas, o principal meio/canal de comunicação citado foi a internet/mídia social/rede social (86,5%), seguido do rádio (44,2%), e sites oficiais da prefeitura do município (25,0%).



Em relação à ATAN integrar as discussões sobre as discussões da Conferência Municipal de Saúde (2019) com as ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição, pode-se observar que 37,2% dos gestores referiram que a conferência não havia sido realizada em 2019.

Figura 21. Questionamento se as ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019, Mato Grosso do Sul, 2021.

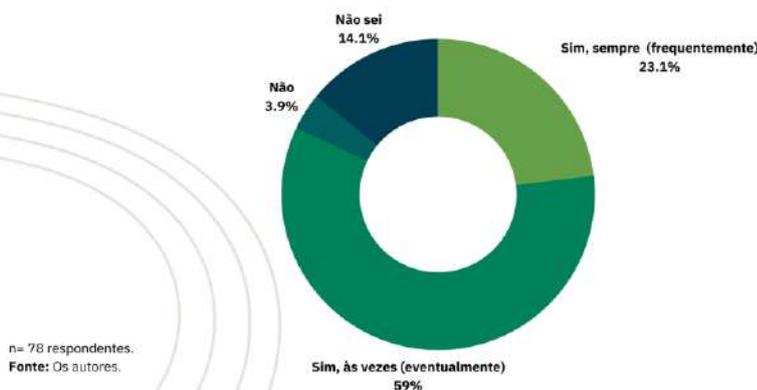


Quando questionados em relação ao contato das ATAN com a referência estadual, a maioria dos gestores municipais referiu que a relação é eventual (59,0%), enquanto uma parcela relevante referiu que não sabia da existência desse contato (14,1%).

Os municípios que referiram não ter contato com a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição, em campo aberto, referiram que não o faziam por desconhecimento da mesma ou porque o município não tinha ninguém responsável pela alimentação e nutrição para fazer esse contato constante. Ainda chama atenção que apenas 23,1% dos municípios do estado referem contato constante com a área ordenadora da PNAN no estado. Mais detalhes podem ser vistos na Figura 22.



Figura 22. Contato com a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referida pelos gestores de saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



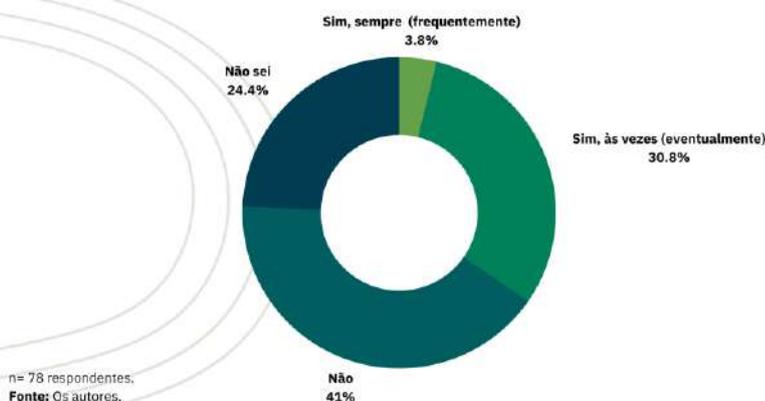
Entre os casos em que a ATAN se relaciona com a referência técnica estadual, seja frequente ou eventualmente, os tipos de apoio mais relevantes recebidos da referência técnica estadual foram o apoio com materiais e recursos para ações propostas pela ATAN (84,4%) e o desenvolvimento de (ou apoio) as estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da Alimentação e Nutrição (67,2%). As informações sobre o tipo de apoio recebido da referência técnica estadual estão ilustradas na Figura 23.

Figura 23. Tipos de apoios referidos pela Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referidos pelos gestores em saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



Em relação ao contato das ATAN municipais com Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do SUS, do Ministério da Saúde (CGAN/MS), somente 34,6% dos municípios afirmou que a área de ATAN se relaciona com a referência técnica federal diretamente (frequente ou eventualmente), como pode ser observado em detalhes na Figura 24.

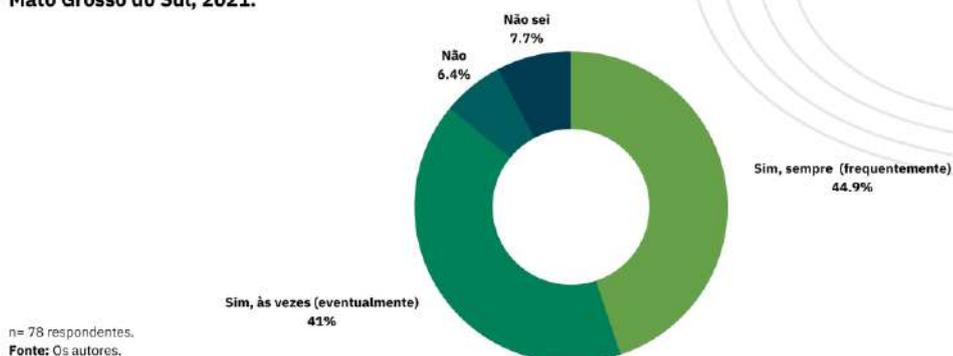
Figura 24. Contato com a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição referida pelos gestores em saúde dos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



Entre os municípios que declararam que a área de ATAN não se relaciona com a referência técnica federal, (n=32), os motivos apontados foram: 1) Recorre-se à referência técnica estadual (51,5%); 2) Não foi necessário (21,2%); 3) Não há acesso/contato (18,2%); 4) Não há recurso humano/ coordenador/ área técnica (9,1%).

Quando questionados sobre as articulações da área de alimentação e nutrição, a grande maioria dos(as) gestores(as) (85,9%; n=67) afirmou que ATAN se articula com outros setores do município sempre ou ocasionalmente, como pode ser visualizado na Figura 25.

Figura 25. A articulação da área de Alimentação e Nutrição com outros setores do município em Mato Grosso do Sul, 2021.



Outras três questões foram aplicadas aos 67 municípios que afirmaram realizar articulação intersetorial na questão anterior, seja frequentemente (sempre) ou eventualmente (às vezes), para esclarecer como e com quem foram realizadas tais articulações. As informações provenientes do preenchimento destas questões podem ser conferidas a seguir:

1. A área de Alimentação e Nutrição relatou desenvolver e/ou participar de ações principalmente com os setores Educação (89,6%; n=60) e Assistência Social (83,6%; n=56). Enquanto a maioria das declarações de não articulação foram referentes aos setores de Cultura (86,6%; n=58), Meio ambiente (86,6%; n=58) e Agricultura/Desenvolvimento Agrário (82,1%; n=55). Além destes setores encontrados no gráfico, no campo “outros” foram citadas articulações com os setores Vigilância Sanitária (1,5%; n=1) e Secretaria de Juventude, Esporte e Lazer (1,5%; n=1). Mais detalhes podem ser vistos na Figura 26.
2. Entre as etapas do desenvolvimento das ações desenvolvidas de forma intersetorial, o planejamento da ação e a execução de atividades eventuais da ação foram as etapas em que mais ocorreu a articulação (80,6%; n=54), seguidas da execução da ação (76,12%; n=51) e da avaliação e monitoramento (61,19%; n=41) e, por último, o investimento de recurso para a ação (43,28%; n=29). Mais informações podem ser vistas na Figura 27.
3. Entre as ações desenvolvidas, com maior frequência, de forma intersetorial, o acompanhamento das famílias e usuários do Programa Bolsa Família e as ações de educação alimentar e nutricional foram as principais (92,54%; n=62), seguidas pelas ações de controle e prevenção da obesidade/sobrepeso (85,07%; n=57) e das ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE) (80,6%; n=54). Mais desdobramentos podem ser vistos na Figura 28.

Figura 26. Setores com os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

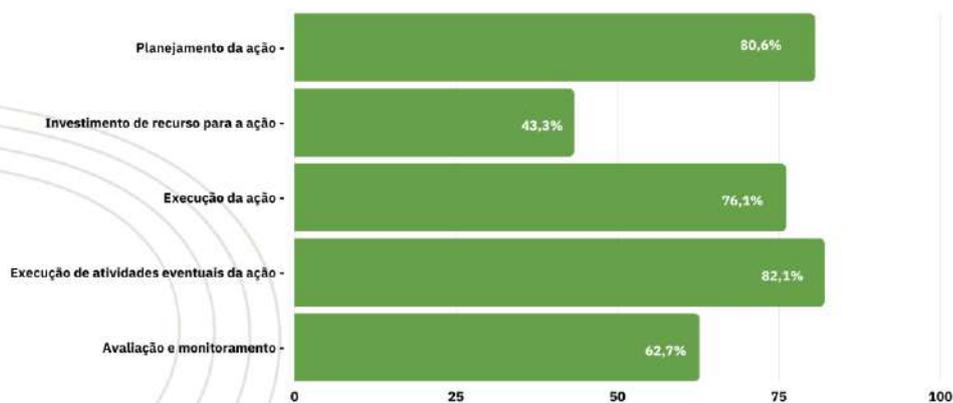


n= 67 respondentes, que afirmaram que a ATAN se articula com outros setores.

Fonte: Os autores.



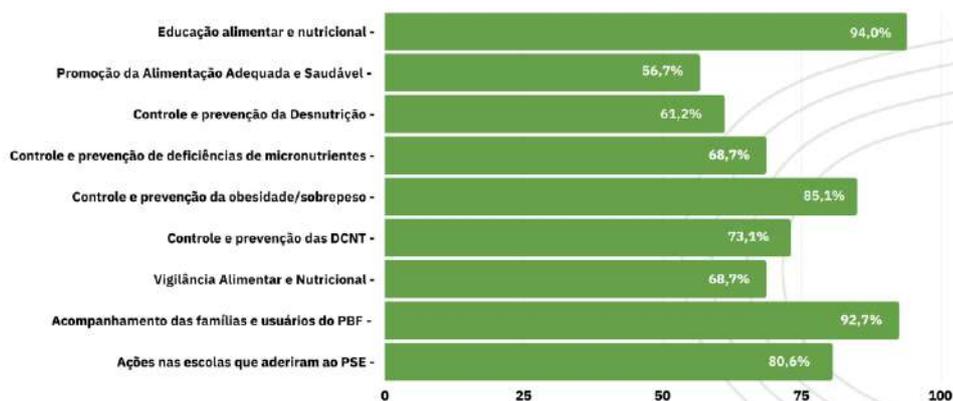
Figura 27. Etapas dos desenvolvimentos de ações, os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição realiza articulações com outros setores para realizar ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 67 respondentes, que afirmaram que a ATAN se articula com outros setores.

Fonte: Os autores.

Figura 28. Ações da Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolvidas de forma intersectorial nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 67 respondentes, que afirmaram que a ATAN se articula com outros setores.

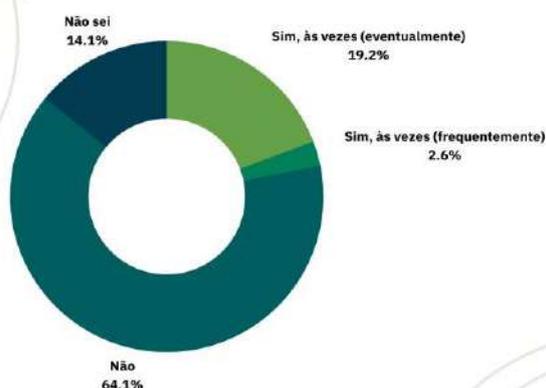
Fonte: Os autores.



Voltando à totalidade dos respondentes do questionário, (n=78), a maioria dos gestores (64,6%; n=51) declarou que a ATAN do município não se articula com setores privados, enquanto 20,2% (n=16) afirmou que a ATAN realiza tal articulação (frequente ou eventualmente) e 13,9% (n=11) não soube responder. A situação é ilustrada na Figura 29.

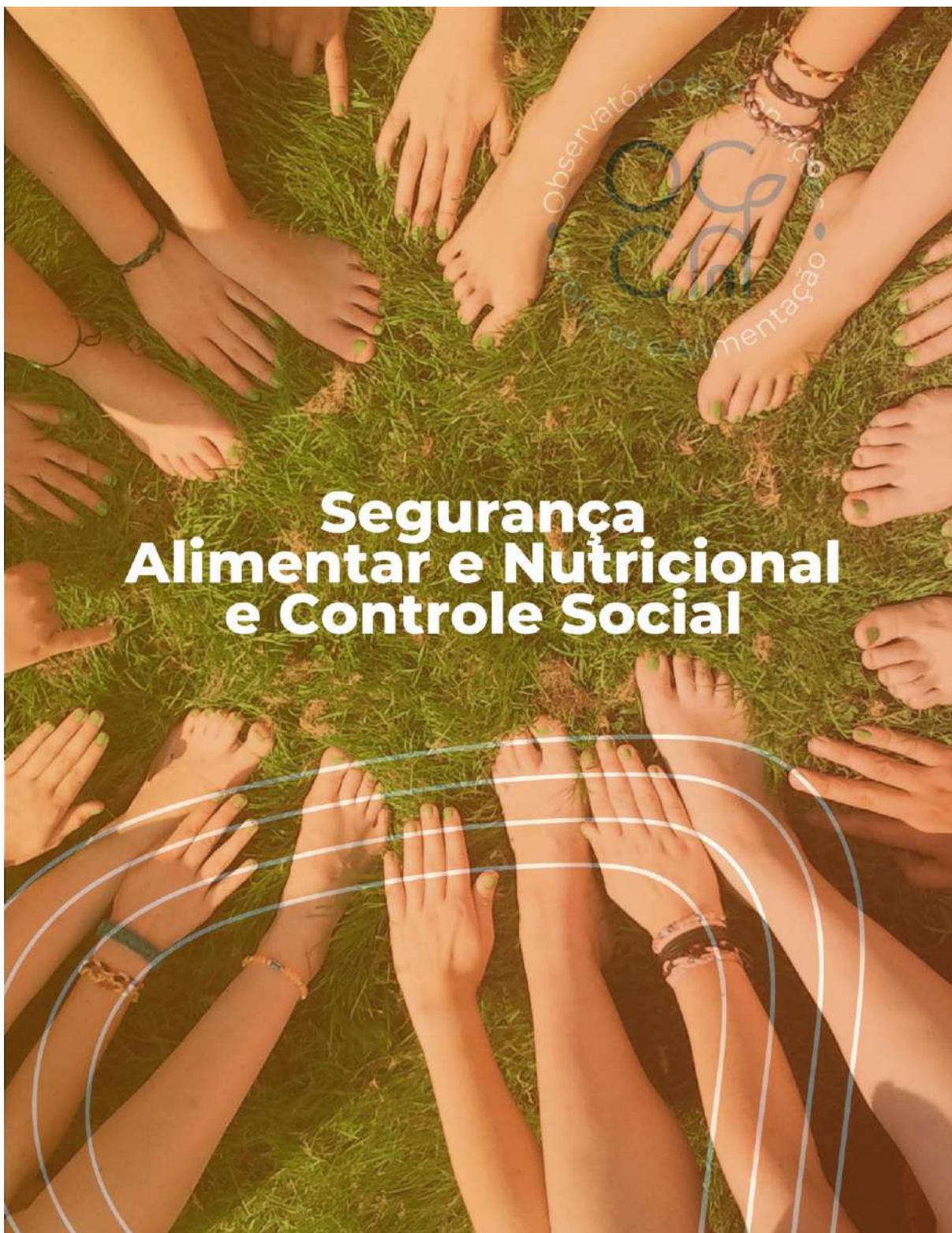
Os 16 municípios que realizam articulação com a iniciativa privada relataram que os principais setores com os quais se articulam são empresas/comércio/supermercado (43,8%; n=7), fábricas/usinas/frigoríficos (31,3%; n=5), instituições de ensino/universidades/escolas (25%; n=4) e bancos (12,5%; n=2).

Figura 29. Setores com os quais a Área Técnica Estadual de Alimentação e Nutrição desenvolve ações intersetoriais nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n = 78 respondentes.
Fonte: Os autores.





SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) E CONTROLE SOCIAL

Neste bloco estão apresentadas as questões referentes ao recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), aos Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN) onde a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) atua no município e à participação da ATAN em Conselhos de Saúde e outras instâncias de controle social.

A partir destas informações, é possível perceber fragilidades e potencialidades na organização da atenção da alimentação e nutrição à população mais vulnerável de Mato Grosso do Sul e no envolvimento da ATAN no controle social. Tais revelações são fundamentais para planejar e desenvolver estratégias de superação das fraquezas encontradas e, conseqüentemente, ampliar e melhorar o serviço prestado aos usuários.

Com os resultados nesse bloco, podemos analisar que mais da metade dos municípios de Mato Grosso do Sul (55,13%) não possui nenhum meio ou canal para recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e 8,9% dos respondentes não souberam responder, o que é igualmente preocupante. Assim, apenas um a cada três gestores (35,90%; n=28) afirmou que o município possui algum meio ou canal para recebimento de denúncias de violação do DHAA.

Para estes 28 gestores, foi solicitado que citassem os principais meios/canais de recebimento de denúncias no município, sendo a ouvidoria (incluindo a municipal, do SUS e do Conselho Municipal de Saúde) o canal mais citado (55,6%), seguido da assistência social (incluindo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Conselho Tutelar) (33,3%), como pode ser observado em detalhes no Quadro 04 seguir.



Quadro 04. Principais meios/canais de recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à alimentação adequada referidos pelos gestores em saúde de Mato Grosso do Sul, 2021.

Principais meios/canais de recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à alimentação adequada	N	%
Ouvidoria/ouvidoria municipal/ouvidoria do SUS/ouvidoria do CMS	15	55,6%
Assistência Social/CRAS/CREAS/Conselho tutelar	9	33,3%
ACS/ESF/NASF/equipes APS	5	18,5%
Telefone/Disk denúncia	3	11,1%
Secretaria Municipal de Saúde	2	7,4%
Conselho Municipal de Saúde	2	7,4%
Rádio	1	3,7%
Facebook	1	3,7%

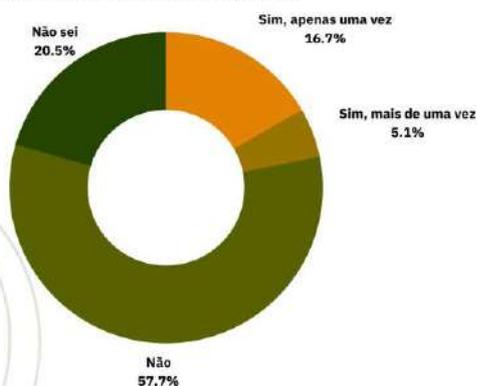
n= 28 respondentes.
 Fonte: Os autores.

A grande maioria dos coordenadores ou outros profissionais da ATAN não participou em nenhuma instância de controle social como conselheiro. Em todo o território de Mato Grosso do Sul, apenas 3,8% afirmou participação de membros da ATAN em Conselho Local/Regional de Saúde e/ou Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CMSAN). Outro dado que deve ser destacado, é que 8,9% dos municípios declararam que não existe Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, o que pode comprometer o entendimento.

Mais da metade dos respondentes (64,1%) declarou que a situação alimentar e nutricional local não foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para apoiar a tomada de decisão de tal colegiado, enquanto 17,95% não souberam responder ao questionamento (dados não apresentados em gráficos). Apenas 17,95% dos municípios do estado (n=14) subsidiaram seus CMS com a situação alimentar e nutricional encontrada na saúde. A SMS ou ATAN de somente 21,7% dos municípios apresentou propostas de ação de alimentação e nutrição ao Conselho Municipal de Saúde pelo menos uma vez no último ano, conforme a Figura 30.



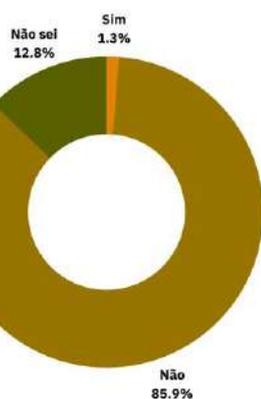
Figura 30. Apresentação pela Secretaria Municipal de Saúde ou a área técnica de Alimentação e Nutrição de propostas de ação de alimentação e nutrição ao Conselho Municipal de Saúde no último ano nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

No âmbito do CMS, a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição não foi criada na grande maioria dos municípios do estado (85,9%), sendo que apenas 1,3% dos(as) gestores(as) afirmaram que tal comissão foi criada (apenas 1 município), enquanto 12,8% não souberam responder, conforme ilustrado na Figura 31.

Figura 31. Existência referida da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição nos Conselhos Municipais de Saúde, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.





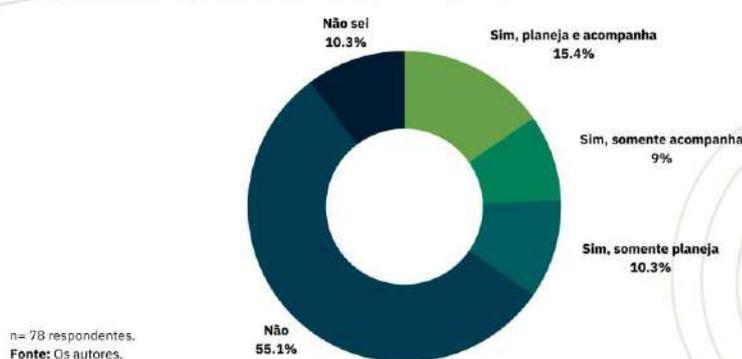
Orçamento e Incentivo Financeiro

ORÇAMENTO E INCENTIVO FINANCEIRO

O conteúdo deste bloco abrange a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à ATAN ou ações de alimentação e nutrição, especificamente, incentivos e repasses financeiros, custeio de ações de alimentação e nutrição, alocação de recursos financeiros e acompanhamento dos processos licitatórios. A partir destas informações, é possível entender como funciona a obtenção e gestão dos recursos em Mato Grosso do Sul, e, assim, descobrir se todo o recurso disponível está sendo obtido pelo estado, verificando também se essa aplicação dos recursos condiz com a realidade do estado ou se há inconsistências que deveriam sofrer adequações.

Mais da metade dos gestores (54,4%) declararam que a ATAN não planeja e nem acompanha a gestão orçamentária e/ou financeira dos recursos destinados à área, enquanto 15,2% afirmou que a ATAN planeja e acompanha, 10,1% respondeu que apenas planeja e 8,9% que apenas acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos, como ilustrado na Figura 32 a seguir.

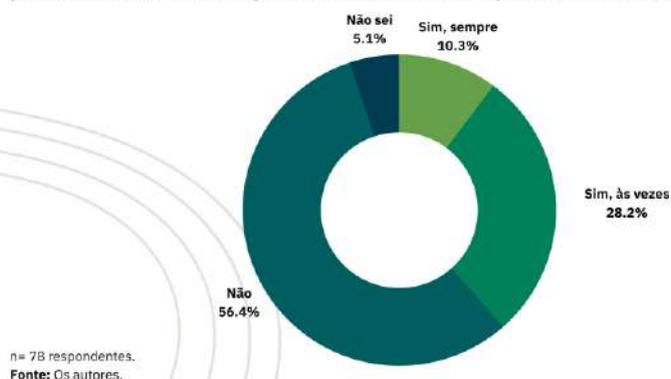
Figura 32. Acompanhamento e planejamento pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição da gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados às ações e programas de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



A maioria do estado (55,7%) declarou que a ATAN não discute os processos sob a sua responsabilidade em reunião com a área da SMS responsável pela gestão orçamentária e/ou financeira, enquanto 27,8% respondeu que realiza tais reuniões eventualmente (às vezes) e 10,1% afirmou que sempre realiza reuniões com a área de gestão orçamentária/financeira a respeito dos processos de responsabilidade da ATAN, conforme mostra a Figura 33.

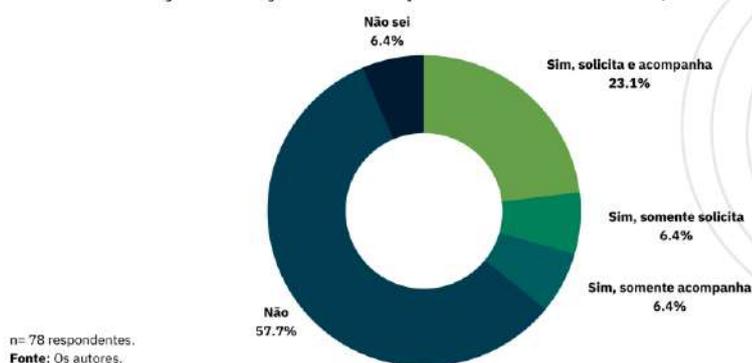


Figura 33. Realização de reuniões da área técnica de Alimentação e Nutrição com a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sobre a sua responsabilidade nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



A maioria dos municípios (57%) também declarou que a ATAN não solicita e nem acompanha os processos licitatórios relacionados à área Alimentação e Nutrição, enquanto 22,8% afirmou que a ATAN realiza a solicitação e o acompanhamento dos processos das licitações referentes à área, 6,3% respondeu que a ATAN apenas solicita e outros 6,3% que apenas acompanha tais processos, como apresentado na Figura 34.

Figura 34. Solicitação e acompanhamento de processos licitatórios relacionados à temática pela área de Alimentação e Nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



A maioria dos gestores (54,4%) afirmou que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal por intermédio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF).

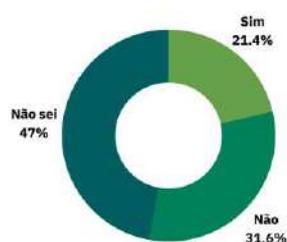
Outro dado relevante é o de que 40,51% declarou não saber informar sobre o recebimento destes recursos pelo município, conforme pode ser observado na Figura 35.

Figura 35. Áreas em que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.

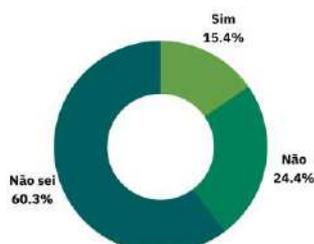
Componente Básico da Assistência Farmacêutica
(recurso a ser utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no PNSF (Programa Nacional de Suplementação de Ferro))



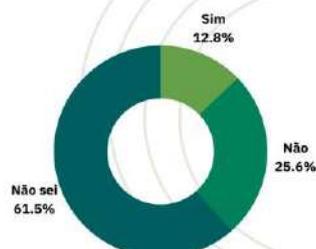
Programa Crescer Saudável



Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)



Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)



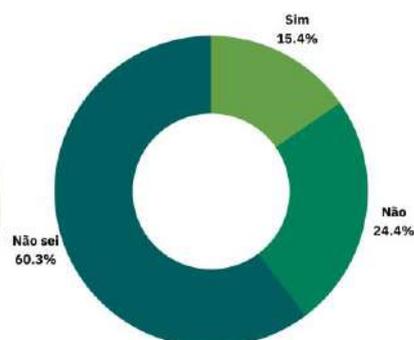
n= 78 respondentes.

Fonte: Os autores.



Porém, quando questionados diretamente se o município recebe do governo federal o incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), 15,2% (n=12) afirmaram receber. A maioria (59,5%; n=47) não soube responder e 24,1% (n=19) declarou que não recebe o FAN, como disposto na Figura 36.

Figura 36. Recebimento no município do incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.

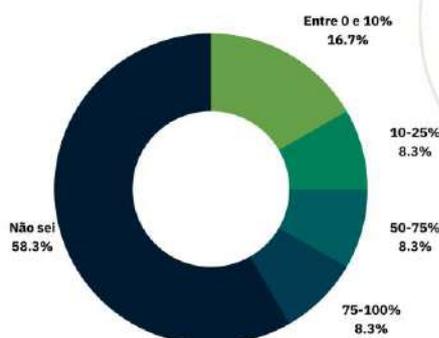


n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

Entre os 12 gestores que afirmaram receber o FAN, a maioria (58,3%; n=7) respondeu que não sabe qual o percentual de execução orçamentária no último ano, 16,7% (n=2) declararam que o percentual de execução orçamentária ficou entre 0 e 10%.

Estas e outras informações estão presentes na Figura 37.

Figura 37. O percentual de execução orçamentária no último ano do município do incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.

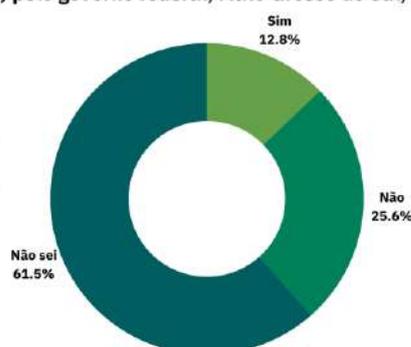


n= 12 respondentes, que afirmaram receber o fundo de alimentação e nutrição.
Fonte: Os autores.



Assim como ocorreu com as questões anteriores, referentes ao FAN, a maior parte dos gestores (60,8%; n=48) respondeu que não sabe se o município recebe incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), do governo federal, enquanto 25,3% (n=20) declarou que não recebe este incentivo financeiro e apenas 12,7% (n=10) afirmaram receber o recurso para estruturação da VAN, conforme pode ser observado na Figura 38.

Figura 38. Recebimento no município do incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) pelo governo federal, Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autoras.

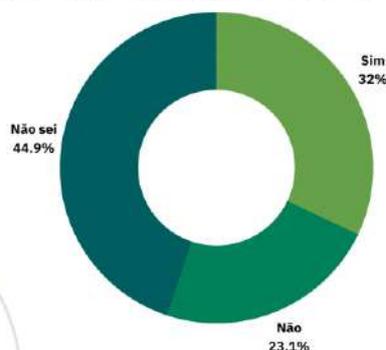
Entre os 10 gestores que afirmaram que o município recebe incentivo financeiro do governo federal para estruturação da VAN, 40% (n=4) declarou que não sabe qual foi o percentual de execução orçamentária no último ano, 30% (n=3) respondeu que o percentual ficou entre 0% e 10% e os outros 30% (n=3) afirmaram que o percentual de execução orçamentária ficou entre 75% e 100% em seu município.

A maioria dos municípios de Mato Grosso do Sul (60,3%; n= 47) não soube informar se o estado repassa recurso financeiro para custeio das ações de alimentação e nutrição, enquanto 33,3% (n=26) declarou que o estado não repassa tal recurso e apenas 6,4% (n=5) afirmou que o estado repassa. Dentre estes 5, apenas 1 (20%) informou valor alocado no último ano proveniente da gestão estadual para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município maior que zero, especificamente R\$13.000,00, todos os outros 4 (80%) informaram o valor de R\$0,00.

Apenas 25 municípios (31,6%) afirmaram destinar receita própria para custeio das ações de alimentação e nutrição, enquanto 34 gestores(as) (43%) responderam que não sabem se o município destina receita própria para custear as ações de alimentação e nutrição e outros 19 (24,1%) declararam que o município não destina receita própria a tais ações, como a Figura 39.



Figura 39. Conhecimento sobre possíveis repasses de recursos financeiros do próprio município para custeio das ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.

Aos 25 municípios que responderam “sim” na questão anterior, foi solicitado que os gestores informassem o valor alocado no último ano proveniente da gestão municipal para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município. As respostas mais frequentes foram “não sei” (28%; n=7) e o valor de zero reais (24%; n=6), estas e outras informações podem ser conferidas no Quadro 05.

Quadro 05. Recursos alocados pela gestão municipal nas ações de alimentação e nutrição nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

RECURSO DA GESTÃO MUNICIPAL PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		
Valor em reais (R\$)	Número de municípios	Porcentagem
R\$ 1.639.520,00	1	4,0%
R\$ 370.548,80	1	4,0%
R\$ 216.516,91	1	4,0%
R\$ 100.000,00	1	4,0%
R\$ 60.000,00	1	4,0%
R\$ 22.500,00	1	4,0%
R\$ 10.000,00	2	8,0%
R\$ 8.000,00	1	4,0%
R\$ 3.000,00	1	4,0%
R\$ 1.200,00	1	4,0%
R\$ 25,00	1	4,0%
R\$ 0,00	6	24,0%
Não sei	7	28,0%

n= 25 respondentes, que afirmaram que seus municípios alocam recursos para ações de alimentação e nutrição.
Fonte: Os autores.



A maioria dos gestores (55,70%) afirmou que os recursos financeiros do último ano, independentemente da fonte (municipal, estadual ou federal), foram alocados para o tema Avaliação Antropométrica/Chamada Nutricional da população ou com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros). Em contrapartida, mais da metade (54,43%) declarou que não foi realizada alocação de recursos para o tema Aquisição de material educativo para atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Outro dado destacado é que grande parte dos respondentes (entre 20,25% e 37,97%) não sabe para quais temas os recursos financeiros foram alocados no último ano. Além destes dois temas citados, a Figura 40 também ilustra outras informações.

Figura 40. Áreas em que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021.

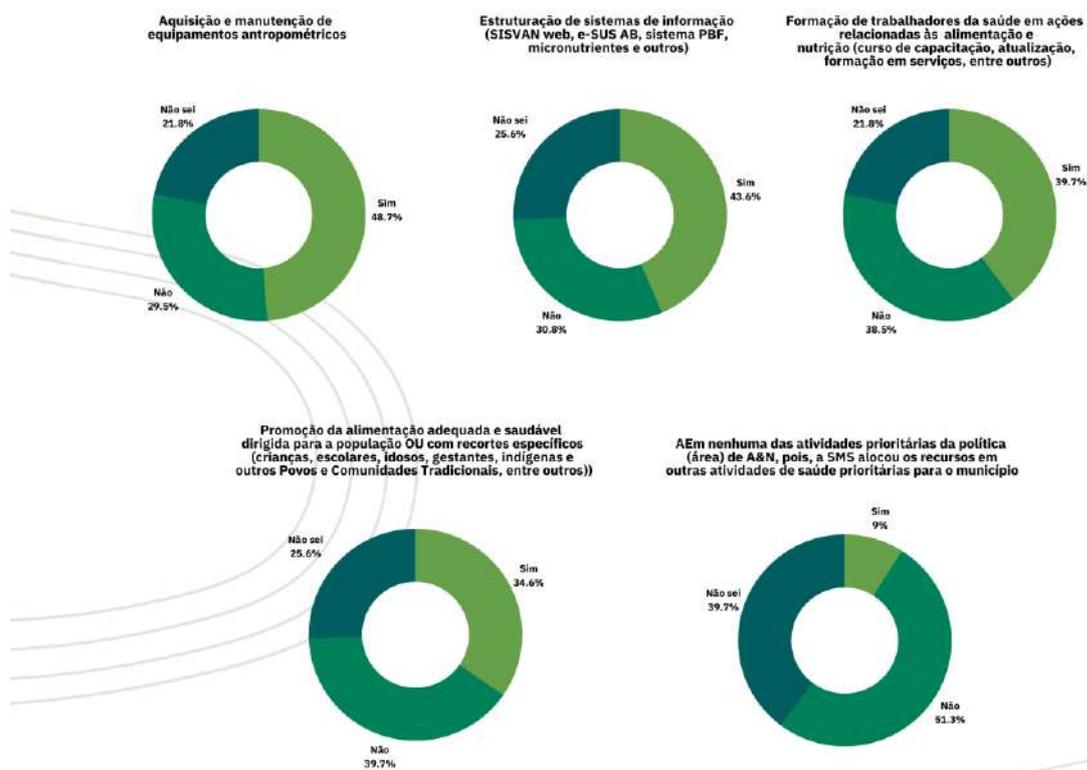


n= 78 respondentes.

Fonte: Os autores.



Figura 40. Áreas em que o município recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição, Mato Grosso do Sul, 2021 (CONTINUAÇÃO).



n= 78 respondentes.
Fonte: Os autores.





Educação Profissional

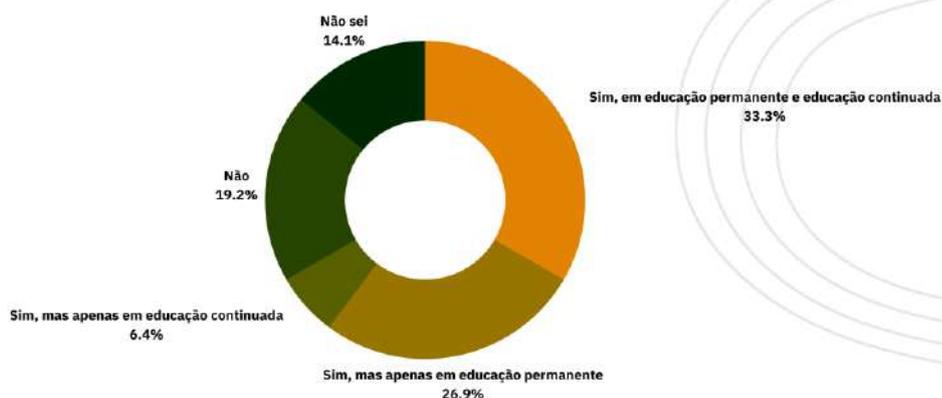
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Nesse bloco são apresentados dados sobre o incentivo à educação profissional permanente dentro da temática de alimentação e nutrição, pelos municípios de Mato Grosso do Sul e suas prevalências relacionadas com o manejo e andamento da ATAN.

A maioria dos respondentes (66,7%; n=52) afirmaram que a SMS incentivava, direta ou indiretamente, a educação permanente e/ou educação continuada aos profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local, para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade. Enquanto um a cada cinco gestores(as) (20,25%; n=16) declarou que não recebe incentivo da SMS para nenhuma das duas modalidades de educação e 12,25% (n=10) respondeu que não sabe.

A Figura 41 a seguir mostra as informações detalhadas, de modo a separar os municípios que afirmaram haver incentivo em ambas as modalidades de educação, apenas em educação permanente (em serviço) ou apenas em educação continuada.

Figura 41. Incentivo da Secretaria Municipal de Saúde (direta ou indiretamente) da educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes, ...
Fonte: Os autores.



Três questões foram aplicadas aos 52 municípios que afirmaram receber incentivo à educação permanente e/ou continuada na questão anterior, para esclarecer como e com quem foram realizadas tais formações. As informações provenientes do preenchimento destas questões podem ser conferidas a seguir:

1. As estratégias de formação aos profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local, para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, mais utilizadas pela SMS são, respectivamente: a formação à distância por meio do Telessaúde (80,8%), o incentivo ou facilitação para participação em eventos de atualização técnica, como oficinas e seminários (71,1%), as rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de Alimentação e Nutrição (63,5%) e a formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do SUS) (55,8%) como está disposto na Figura 42.

Figura 42. Estratégias de formação profissional incentivadas pela Secretaria Municipal de Saúde para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 52 respondentes., apenas para gestores que responderam que o município incentiva a educação profissional.
Fonte: Os autores.

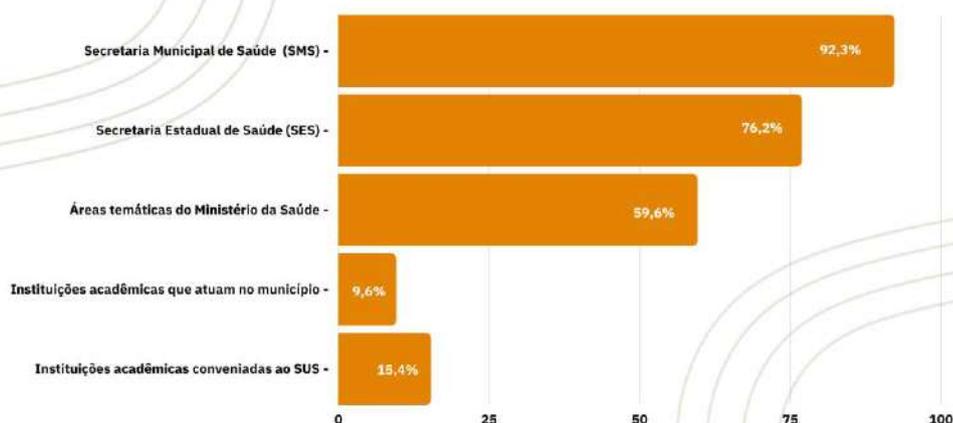
Adicionalmente a esse dado, chamamos atenção para as porcentagens de municípios que relataram que a SMS não utiliza os cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS) como estratégia de formação aos profissionais (65,38%) e que declararam não haver incentivo nem facilitação para participação em cursos de pós-graduação (61,5%).



2. Segundo os 52 gestores, a SMS (92,3%) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) (76,9%), foram as instituições mais envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente) com temática em obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), como pode ser visto na Figura 43.

Contudo, as instituições acadêmicas não fazem parte deste processo na maioria desses municípios, pois 82,69% declararam que as mesmas que atuam no município não estão envolvidas no planejamento e execução da educação permanente, bem como 75% relataram que as instituições acadêmicas conveniadas ao SUS também não estão envolvidas.

Figura 43. Instituições envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.

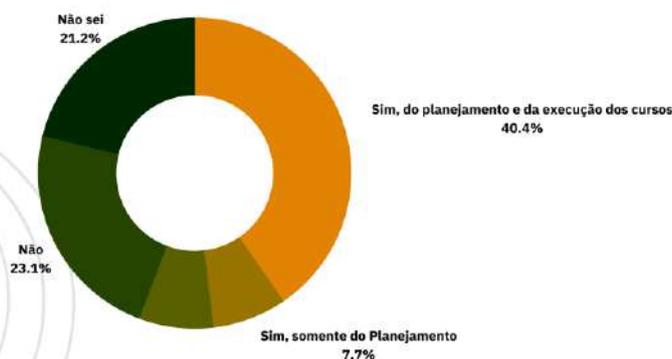


n= 52 respondentes., apenas para gestores que responderam que o município incentiva a educação profissional.
Fonte: Os autores.

3. A maioria destes 52 municípios (55,8%) afirmou que a ATAN contribui/contribuiu para o planejamento e/ou realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), enquanto 23,1% declarou que a ATAN não contribui/contribuiu para o planejamento e nem para a execução dos cursos nas temáticas supracitadas e 21,2% (n=11) não soube responder. Estas informações estão apresentadas em detalhes na Figura 44.



Figura 44. A contribuição da área de Alimentação e Nutrição para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 52 respondentes., apenas para gestores que responderam que o município incentiva a educação profissional.
Fonte: Os autores.

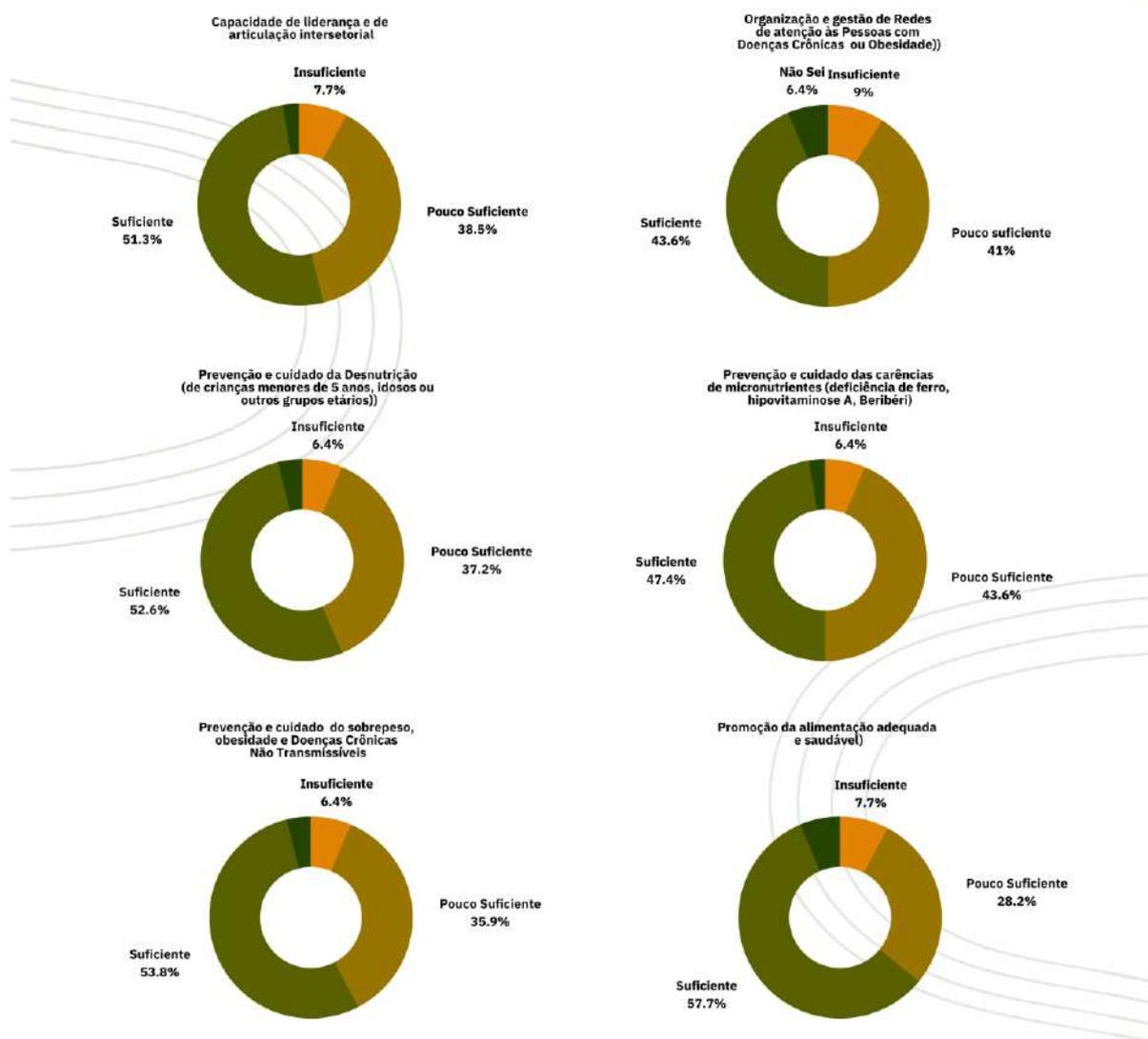
A última questão pediu que todos os respondentes avaliassem, segundo sua própria percepção, a formação de profissionais de saúde e gestores do município para contribuírem em determinadas temáticas dentro da saúde municipal.

Mais da metade dos gestores (entre 56,9% e 51,9%) considerou a formação dos gestores e profissionais de saúde suficientes nas temáticas de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), Prevenção e Cuidado da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários), Prevenção e cuidado do sobrepeso, Obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), utilização dos sistemas de informação (SISVAN, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros) e capacidade de liderança e de articulação intersetorial.

Enquanto dois a cada cinco (entre 41,8% a 46,8%) julgaram a formação pouco suficiente em Vigilância Alimentar Nutricional (VAN) incluindo técnicas de tomada de medida antropométricas, em prevenção e cuidado das carências de micronutrientes (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri) e organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade, como detalhado na Figura 45.



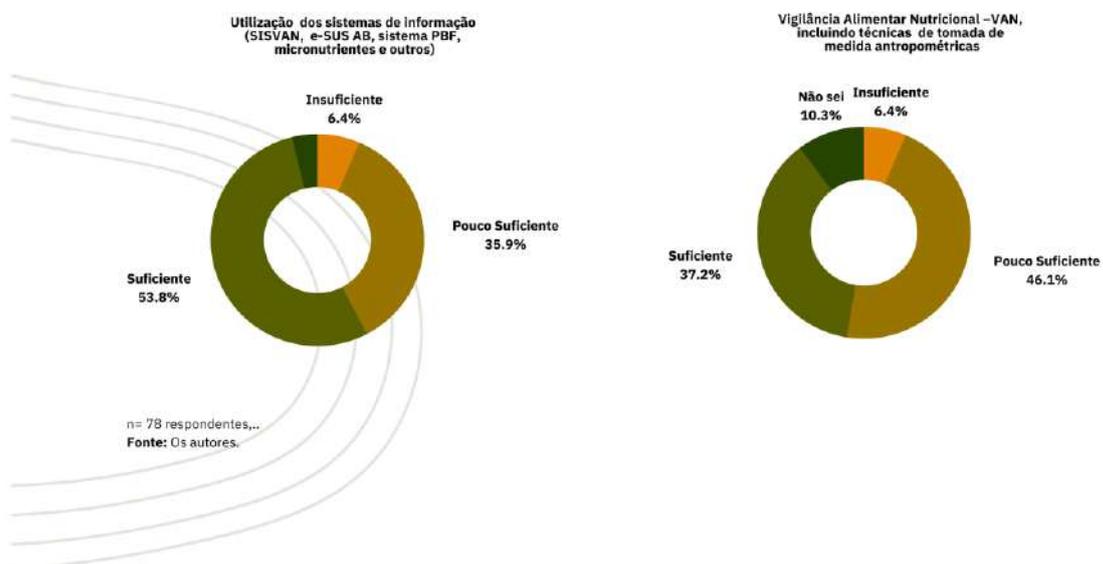
Figura 45. Percepção dos gestores em saúde na avaliação da formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuírem nas seguintes temáticas, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021.



n= 78 respondentes,
Fonte: Os autores.



Figura 45. Percepção dos gestores em saúde na avaliação da formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuírem nas seguintes temáticas, nos municípios de Mato Grosso do Sul, 2021 (CONTINUAÇÃO).





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aplicar o questionário sobre a gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, o OCCA compilou uma série de informações até então inéditas no estado sobre a gestão e qualificação do cuidado no SUS em relação à alimentação e nutrição. O esforço de se entender esse processo dentro da saúde no estado pode nos apoiar a pensar estratégias de manejo e enfrentamento da carga de má nutrição no território e a entendê-las como determinante da saúde e como parte da solução dos desafios diários do SUS.

Como perfil geral dos gestores que respondem pelas ações de alimentação e nutrição e/ou pelas ATAN municipais é observado que, esse gestor é do sexo feminino, em sua maioria branco, servidores municipais e apresentam grande rotatividade no cargo. Também se observa que em sua maioria são enfermeiros e nutricionistas que respondem pela alimentação e nutrição nos municípios. Esse perfil revela condições para se poder trabalhar e melhorar condições de trabalho desses profissionais. Perguntas importantes precisam ser feitas aqui: Os profissionais não nutricionistas conhecem a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) na íntegra para geri-la? A grande rotatividade no cargo de gestor da área ou de responsável pelas ações não pode ser um ponto extremamente negativo para o município conhecer e gerir suas ações? O que propicia essa rotatividade? Existe sobrecarga de trabalho para alguns profissionais, como a enfermagem, por exemplo, que a tudo responde na APS?

Essas e outras perguntas devem ser discutidas no Comitê Intergestor Bipartite (CIB), para uma diretiva estadual poder orientar os municípios, uma vez que a má nutrição é um grande problema no estado. A exemplo da emergência de uma resposta estadual baseada em evidência, que se observa para o estado, os indicadores de excesso de peso em adultos (sobrepeso ou obesidade) são mais elevadas que a média nacional, com 20,2% da população com obesidade e 58,1% com excesso de peso (BRASIL, 2022a), aliado ao fato de que Mato Grosso do Sul é o primeiro em número de mortes atribuíveis ao excesso de peso, com 959,7 mortes por milhão de habitantes no ano de 2019 (REZENDE et al., 2021).

Na outra face da má nutrição, a desnutrição, o estado assiste inerte a manutenção temporal da prevalência de magreza acentuada e magreza em crianças menores de 2 anos de 2016, onde a prevalência foi de 5,2%, para 5,0% em 2020 (BRASIL, 2022b; MAZZETI & RAFACHO, 2023), indicando que a desnutrição ainda persiste de alguma maneira. Olhando ainda essa questão, em sua forma crônica, em crianças de 2 anos a 4 anos, é preciso chamar a atenção para o avanço da baixa estatura no intervalo investigado, sendo de 11,3% para 16,3% em apenas 4 anos de observação (BRASIL, 2022a; MAZZETI & RAFACHO, 2023).

Entendendo que a questão de saúde é dependente e correlacionada com a situação do estado nutricional da população, parte-se para o entendimento de outros achados no relatório. Quando se analisa os processos decisórios e a gestão das ações de alimentação e nutrição, o primeiro dado que precisa ser explorado é a ausência da ATAN nos organogramas das SMS, que apesar de não ser obrigatória por lei, é o ponto focal das ações de alimentação e nutrição no SUS e é quem pode prestar o



auxílio técnico para enfrentamento da situação epidemiológica anteriormente exposta.

Ainda sobre a ideia de uma área ou um ponto focal encarregado pelas ações de alimentação e nutrição, outro dado que chama atenção é que apenas 40 dos 79 municípios do estado têm um responsável técnico pelas ações de alimentação e nutrição. Isso pode impactar profundamente a gestão para enfrentamento da carga de má nutrição nos municípios porque sem um RT, não há nenhum tipo de ação coordenada com os demais dados e serviços do município, podendo assim causar sobrecarga de alguns profissionais da gestão municipal, como o gerente da APS, o secretário municipal de saúde, e até de outros profissionais que trabalham no atendimento da população, porém vistos como ponto focal "não oficiais" da alimentação e nutrição (como nutricionistas das equipes multiprofissionais, nutricionistas da atenção especializada e alta complexidade, o nutricionista da merenda escolar, entre outros).

Outras consequências da não presença da ATAN ou de um RT nos organogramas das SMS de forma oficial, é a não inclusão dos indicadores e metas de alimentação e nutrição nos processos decisórios que a SMS toma em seu planejamento, limitando assim o alcance das ações da área, pois não há acompanhamento e monitoramento dos resultados. A falta de representação da ATAN em colegiados de saúde, bem como no controle social, pode ter impactos importantes no enfrentamento da má nutrição no estado, uma vez que as demandas não são apresentadas, elas não resolvidas e manejadas, e quando se pensa alimentação e nutrição como um Determinante Social em Saúde (DSS) vemos que imperativo que mesma faça parte da gestão.

A falta de uma área responsável ou de um RT dentro das SMS tem impacto também na condução das ações de alimentação e nutrição, onde as mesmas ficam sem um norteador para acontecer e se desenvolver. Isso perpassa também pela falta de conhecimento dos respondentes dos dados apresentados em relação a uma política de alimentação e nutrição, uma vez que foram indicados pelos seus gestores à SES/MS para responder sobre o assunto. A PNAN recomenda que estados e municípios tenham políticas próprias de alimentação e nutrição pelo entendimento de que as causas e atores da má nutrição são dependentes de cada território e do seu ambiente alimentar. Porém, quando um município não tem instituída uma política municipal de alimentação e nutrição, a PNAN deve ser o fio condutor para gestão de ações de alimentar e nutrição, e desconhecimento desse fato pelos gestores respondentes do questionário a esse fato é bastante alarmante no ponto de vista do enfrentamento da má nutrição no estado de Mato Grosso do Sul.

Ainda em consideração aos documentos e canais norteadores, a falta da implementação da política ou o desconhecimento da mesma, perpassa pela ausência de metas sobre enfrentamento da má nutrição em documentos e pactuações como o Plano Plurianual de Saúde (PPA), por exemplo. O Plano Plurianual (PPA) é uma das ferramentas para o planejamento estratégico do município, isto é, para organização dos recursos e energias do governo e da sociedade em direção a uma visão de futuro, a um cenário de médio prazo. Quando a temática de alimentação e nutrição não consta no PPA ou em outras pactuações afim, o enfrentamento de problemas como desnutrição, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes (principais cargas de doenças no SUS) fica comprometido, pois o fundo alimentar dessas condições é bastante evidente e comprovado pela literatura em saúde. E finalmente, em relação à ATAN ou no RT das ações de alimentação e nutrição ao nível municipal, temos que nos debruçar sobre os processos de trabalhos aos quais a área está submetida.





Ainda pensando na ATAN ou no RT das ações de alimentação e nutrição ao nível municipal, temos que nos debruçar sobre os processos de trabalhos aos quais a área está submetida. Quando questionados sobre a autonomia das ATAN em assuntos pertinentes a sua competência, a maioria dos respondentes alegou ser parcial. Essa afirmação causa estranhamento, pois como área técnica competente à alimentação e nutrição, a mesma deveria ter condições de indicar os melhores caminhos à gestão municipal para condução da má nutrição no território coberto pela APS.

Esse fato pode se dar por várias determinações, como a falta de recursos humanos para demonstrar a relevância e competência da área para os assuntos análogos a ela, e um entendimento limitado que alimentação e nutrição não são de competência de todos os profissionais de saúde (inclusive gestores), e sim de apenas algumas categorias profissionais, com a da nutrição, por exemplo. As ATAN necessitam de autonomia para analisar os dados de alimentação e nutrição dos municípios, bem como na tomada de decisão para solução do problema, pois se entende quando um SMS coloca a estrutura em seu organograma, que a mesma vai ser ordenadora da tomada de decisões cabíveis à alimentação e nutrição.

A falta de autonomia dessas áreas também restringe sua relevância, como, por exemplo, no uso de sistemas de informação em saúde, quando se refere que o mais utilizado para ações de alimentação e nutrição é o sistema de informações do programa bolsa família (PBF). Apesar de ser louvável a questão das condicionalidades para distribuição de renda no programa, o entendimento e produção de dados da alimentação e nutrição não pode se restringir a apenas um público atendido pelo SUS, pois isso fere seus princípios de universalidade e integralidade.

Outro dado que chama atenção no relatório é que muitos gestores respondentes afirmaram que não haviam sido realizadas conferências de saúde no ano de 2019. Requisito este obrigatório para formulação do Plano municipal de saúde para a troca de gestão. Isso pode se dar pelo descumprimento da normativa do Conselho Nacional de Saúde ou por desconhecimento dos mesmos da ocorrência dessas conferências, onde ambas as situações são bem preocupantes.

Ainda chamamos a atenção para a referida falta de articulação dos municípios com as áreas técnicas estadual e federal de alimentação e nutrição. As áreas em questão são orientadoras e ordenadoras da implementação da PNAN no território estadual e nacional, e essa desarticulação pode não ser benéfica na questão de enfrentamento da má nutrição no estado. Sem essa orientação e troca de experiências outros fatores preocupam ao analisar os dados do presente relatório, pois vemos, por exemplo, que os respondentes afirmam haver articulação intersetorial (áreas fora da saúde) com a ATAN ou com ações de alimentação e nutrição. Isso em um primeiro momento pode ser benéfico diante do entendimento de alimentação sendo um determinante social da saúde, e a mesma determinada por vários setores da sociedade, como educação, assistência social e meio ambiente. Porém, visualiza-se que as ATAN dos municípios se articulam com o setor privado, setor privado esse pode apresentar conflitos de interesse na promoção da alimentação adequada e saudável conforme as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB) (BRASIL, 2014).





No que é pertinente ao controle social para alimentação e nutrição, ele se apresenta como um dos pilares doutrinários do SUS, permitindo a escuta das demandas da população de maneira mais próxima. Por isso os dados do relatório revelam a preocupante não participação das ATAN ou dos RT nos conselhos de controle social, como o da Saúde e o de Segurança Alimentar Nutricional (SAN). Com isso a situação da saúde em alimentação e nutrição não apresentada com frequência a esses conselhos e as demandas populacionais sobre o mesmo assunto não chegam para gestão, formando assim uma administração pouco participativa do SUS e indiretamente ineficaz na temática. Isso perpassa também pela ausência das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição (CIAN) que podiam fazer essa ponte dentro dos conselhos e colegiados da gestão municipal.

Sobre orçamento e incentivos financeiros para área de alimentação e nutrição, ao analisar os dados do relatório, vemos um desconhecimento geral sobre fundos, portarias e incentivos à área pelos respondentes do questionário. Fica evidente também que a ATAN municipal na maioria das vezes não acompanha e nem planeja seu uso de recursos, muitas vezes desconhecendo os repasses feitos pelo governo federal. Isso é, em parte, consequência do despreparo e da falta de capacitação aparente dos gestores de alimentação e nutrição no estado, bem como uma desarticulação dos municípios com a área técnica estadual que tem tentado incansavelmente alertar sobre esses recursos e planejamento de uso dos mesmos. Existiam municípios na época da pesquisa com recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) parados em caixa, enquanto ações de alimentação e nutrição eram necessárias para condução da má nutrição em seus territórios. Nos anos da pandemia de COVID-19 (subsequentes a essa coleta), várias portarias de incentivos essas ações foram lançadas e nem todos os municípios aderiram às mesmas (ex.: Portaria GM/MS Nº 1.127, DE 2 DE JUNHO DE 2021/ Portaria n.º 2.994 de 29 de outubro de 2020/ Portaria nº 894 de 11 de maio de 2021/ Portaria GM /MS n.º 3297, de 4 de dezembro de 2020/ Portaria 1.320 de 22 de junho de 2021 Ciclo 2021/2022).

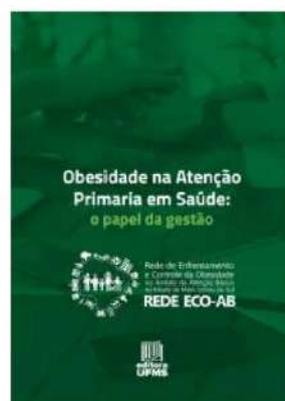
Ainda sobre a falta de capacitação em gestão de ações de alimentação e nutrição, o OCCA, que até então era REDE ECO-AB (Rede de Enfrentamento e Controle à Obesidade na Atenção Básica de Mato Grosso do Sul), lançou uma capacitação feita exclusivamente para Mato Grosso do Sul, para gestores em saúde sobre ações de alimentação e nutrição. **E demonstrando mais uma vez a desconexão da área, nenhum dos 80 gestores inscritos concluiu o curso de 40 horas, que abarcavam todos os pontos frágeis discutidos neste relatório.**

Esse relatório demonstrou também que é necessário se investir em educação profissional de gestores e profissionais de saúde, principalmente em áreas deficitárias como VAN e micronutrientes. Para isso, são necessárias várias frentes de entendimento da gestão, como incentivos e liberações para que seus profissionais se capacitem e retornem com soluções aos desafios de saúde. Parcerias com instituições de ensino dos municípios podem ser bem-vindas via acordos de cooperação e com o Ministério da Saúde por plataformas online para ensino à distância como a Escola Técnica do SUS (ETSUS), a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e outras iniciativas como o Telessaúde, por exemplo.



PUBLICAÇÕES OCCA

Somos uma iniciativa em rede de vários atores em Mato Grosso do Sul para apoio de políticas públicas de saúde no controle da má nutrição. Conheça nosso acervo de documentos até o momento que podem apoiar e subsidiar a gestão e profissionais de saúde:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Acesso em: 26 set. 2022
- BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>
- BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2014. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf. Acesso em: 3 set. 2022.
- BRASIL. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2020b. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022
- BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Economia, 2020c. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.
- BRASIL. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. 1. ed. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2021. v. 1
- BRASIL. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/situacao_nutricional_crianças_aps.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.
- COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s332–s340, 2008.
- MALVEIRA, A. DA S. et al. Prevalência de obesidade nas regiões Brasileiras / Prevalence of obesity in Brazilian regions. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 4164–4173, 2 mar. 2021.
- MAZZETI, C. M. S.; RAFACHO, B. P. M. (org.). Evolução de marcadores de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde de Mato Grosso do Sul: 2015 a 2021. Campo Grande: [s.n.]. 2023.
- NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.
- REZENDE, L. F. M., et al. A epidemia de obesidade e as DCNT: Causas, custos e sobrecarga no SUS [Internet]. 2021 [citado 28 de abril de 2022]. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>





Observatório de Condições
Crônicas e Alimentação

www.occa.ufms.br

APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DA TESE

OS BASTIDORES

1.1 A autora

Meu nome é Alline Lam Orué, sou uma mistura de cores/raças que, até onde obtive conhecimento, incluem a amarela (avós maternos de origem chinesa), a branca (avô paterno de origem hispânica e árabe), a indígena e a preta (avó paterna de origem mesclada). Atualmente tenho 32 anos de idade, sendo diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no início dos 31 anos, o que é considerado um diagnóstico tardio de modo geral, mas que ocorre com frequência no caso de mulheres nascidas até a década de 90 como eu, já que estudos sobre TEA em pessoas do sexo feminino são relativamente recentes.

Natural de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul (MS), precisei me mudar para Guarapuava, Paraná (PR), em 2008, para estudar nutrição na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), pois ainda não existia o curso de nutrição na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e nem na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Além da graduação em nutrição, a cidade me permitiu realizar também o curso profissionalizante em massoterapia e drenagem linfática (em 2010), e a graduação em tecnologia em gastronomia (que precisei trancar em 2012, faltando quatro meses para finalizar, mas que me rendeu o diploma em auxiliar técnico em gastronomia).

De volta à cidade natal, trabalhei como nutricionista responsável técnica (RT) em restaurante comercial por um ano, até que fui contratada pela prefeitura municipal de Ponta Porã, por intermédio da secretaria municipal de saúde, para atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ou chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP). Além de nutricionista do NASF, fui coordenadora municipal do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vitamina A mais), do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) e das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família (PBF). Concomitante a ambas as experiências profissionais, fiz graduação semipresencial em tecnologia em estética e imagem pessoal na Universidade Norte do Paraná (Unopar) no polo Ponta Porã, para aprender mais sobre massoterapia.

No último semestre desta graduação, em 2015, iniciei o mestrado profissional em saúde da família, pela UFMS (na capital, Campo Grande), cuja dissertação apresentada teve como título “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Resultados do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”. Ainda em 2015, após um ano e meio no NASF de Ponta Porã, em meio a cortes nos salários de vários profissionais, incluindo o meu, que passou a ser inferior ao piso salarial da categoria, aceitei um convite para trabalhar no Hospital e Maternidade Santa Luzia, contratada pela prefeitura municipal de Aral Moreira - MS, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com carga horária flexível e sem dedicação exclusiva, o que me permitiu trabalhar na clínica do rim de Ponta Porã duas vezes por semana, concluir a graduação em estética e continuar o mestrado. Atuei na clínica do rim por apenas seis meses, pois logo fui contratada pela SMS de Aral Moreira por mais um ano, desta vez com dedicação exclusiva, para assumir o cargo de nutricionista do NASF nos horários em que não estivesse no hospital.

Encerrado o contrato pela prefeitura de Aral Moreira em dezembro de 2016, dediquei-me integralmente ao mestrado em saúde da família no primeiro semestre de 2017, cuja defesa ocorreu em julho. Em agosto surgiu o edital para professor substituto na área de saúde coletiva, para o curso de nutrição, que exigia a apresentação do diploma de mestrado no momento da inscrição, o qual apenas me seria entregue em alguns meses, então entrei com pedido de urgência e, após momentos bastante tensos, consegui o diploma, o deferimento da inscrição e, finalmente, a aprovação. Em setembro de 2017 já comecei a dar aulas no curso de nutrição e repor as que os alunos haviam perdido desde o início do semestre, a princípio fui responsável por duas disciplinas: saúde coletiva III e seminários em nutrição III; além de corresponsável pela disciplina de técnica dietética I, na qual aplicava as aulas práticas.

No primeiro semestre de 2018, fui responsável por três disciplinas: epidemiologia, saúde coletiva II e tópicos especiais em consumo alimentar; corresponsável por duas disciplinas: nutrição e dietética III e técnica dietética II; e corresponsável pelo projeto de extensão de título “Projeto Dom Antônio Barbosa - Tratamento Restaurador Atraumático e Educação em Saúde”. Já no segundo semestre de 2018, retomei as mesmas disciplinas do segundo semestre do ano anterior e mantive a corresponsabilidade no projeto Dom Antônio (no qual ainda sou apoiadora e não pretendo deixar de ser). Em dezembro o contrato de substituição se encerrou, mas, já completamente apaixonada pela docência e extensão, iniciei o doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste no ano de 2019 e comecei a trabalhar como bolsista na Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica no estado do MS (Rede ECO-AB), que, por contemplar a tríade pesquisa-ensino-extensão, englobou minha tese de doutorado.

1.2 O grupo de pesquisa

Este estudo é apenas uma parte da transformação positiva que planejamos para a saúde, alimentação e nutrição no estado de MS e, quiçá, no Brasil. Ao utilizar a primeira pessoa do plural, refiro-me ao grupo de pesquisa do Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA), que apesar de recente, já apresenta produtos finalizados e/ou publicados, além de muitos outros em planejamento e/ou desenvolvimento. O OCCA surgiu oficialmente em 2021, a partir de uma parceria que unificou dois grandes projetos estaduais, cujo histórico foi descrito no tópico Revisão de Literatura da tese supracitada.

Na época do lançamento da proposta do primeiro destes projetos, a Rede ECO-AB, eu estava atuando na UFMS como professora substituta na área de saúde coletiva e tenho orgulho de ter participado desde o início da construção desta rede, a convite de sua coordenadora, que, meses depois, tornou-se também minha coorientadora no desenvolvimento desta tese.

Dentro do grupo de pesquisa, articulei a organização de todas as sete edições do evento online “*Live Informativa*” sobre os recursos financeiros disponíveis à área de alimentação e nutrição municipal e como acessá-los, cujo público-alvo eram os profissionais de saúde da APS envolvidos na temática da alimentação e nutrição, visto que os resultados da tese revelaram grande fragilidade no âmbito financeiro/orçamentário da área de alimentação e nutrição.

Participei da elaboração de alguns módulos de dois cursos semipresenciais de educação continuada, na temática da atenção nutricional com ênfase no manejo da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS).

A primeira edição de ambos foi disponibilizada na plataforma Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA UFMS), por meio da qual participei como tutora e auxiliar de curso. Nesta edição também fui responsável por receber, validar e organizar as inscrições dos profissionais de saúde no curso em questão, além de sanar as dúvidas destes via e-mail.

Os cursos estão, atualmente, disponíveis na plataforma da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (<https://www.esp.ms.gov.br/>), o primeiro direcionado a gestores e o segundo a profissionais de saúde. Os materiais destes cursos deram origem a dois e-books, disponíveis na página do OCCA (<https://occa.ufms.br/material-complementar/>): 1) Obesidade na Atenção Primária em Saúde: o papel da gestão; 2) Obesidade na Atenção Primária em Saúde: o papel dos profissionais. Este último também foi transformado na disciplina optativa Tópicos em Obesidade, oferecida pelo curso de nutrição da UFMS aos acadêmicos dos cursos da saúde, na qual participei, junto a outros profissionais membros do OCCA, como professora voluntária, sob supervisão das coordenadoras do OCCA, Bruna Rafacho e Camila Mazzeti.

O desenvolvimento destes cursos incluiu o planejamento e redação de três oficinas presenciais, cujo início estava previsto para 2020, porém, as oficinas foram canceladas devido à pandemia da COVID-19, já que seriam necessárias aglomerações de pessoas e viagens intermunicipais. O conteúdo teórico de cada uma delas seria disponibilizado para leitura em PDF, ilustrado, rico em esquemas, de modo atrativo e didático, além de contar com sugestões de leituras complementares, vídeos, *podcasts* e filmes sobre as temáticas das oficinas descritas a seguir.

A primeira, de título “Abordagem atual da obesidade – Conhecendo as macrorregiões”, foi elaborada com o objetivo de proporcionar aos gestores e profissionais de saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a análise da abordagem atual da obesidade no estado, identificando suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, com foco na reflexão sobre possíveis estratégias de melhorias no enfrentamento e controle da obesidade em cada macrorregião de saúde, além do esclarecimento inicial de como estudar os módulos e como realizar a pesquisa em saúde do curso. Seria realizada com auxílio de recursos audiovisuais, grupo focal, análise focal estratégica (cujo estudo estaria incluído na tese), análise SWOT - também conhecida como análise FOFA, pela tradução da sigla para o português, que inclui Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças - e participação ativa do público.

A segunda destas oficinas foi intitulada de “Abordagem da Obesidade Livre de Preconceito – Combatendo a Gordofobia”, e foi construída com o objetivo de proporcionar aos gestores e profissionais de saúde, no contexto do SUS, a reflexão sobre a abordagem da obesidade livre de preconceitos e com foco na saúde e qualidade de vida. Para tanto, seria desenvolvida com auxílio de recursos audiovisuais, dinâmicas e participação ativa do público.

A terceira oficina, “Abordagem não-prescritiva da obesidade – Condutas da Nutrição Comportamental”, foi planejada com o objetivo de proporcionar aos gestores e profissionais de saúde, no contexto do SUS, a reflexão sobre a abordagem não-prescritiva da obesidade, demonstrando as consequências das dietas restritivas na saúde, no comportamento e na qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Para atingi-lo, seria executada também com auxílio de recursos audiovisuais, dinâmicas e participação ativa do público.



1.3 O quadriênio na UFMS

Optamos, orientadora, coorientadora e eu, por aproveitar o primeiro ano do doutorado para cumprir a maioria dos créditos das disciplinas obrigatórias e optativas do programa. Bem como lapidar o projeto e alinhar agenda entre membros da equipe da Rede ECO-AB, para iniciar a coleta de dados no segundo ano do curso de doutorado. Acabei por cumprir todos os créditos logo em 2019 e, por intermédio das disciplinas de Bioética (obrigatória) e Tecnologias Assistivas em Saúde (optativa), produzi, respectivamente, uma resenha crítica e um capítulo de livro, e dois artigos científicos publicados em grupo: 1) Cane With Electronic Wet Dirt Identifier For The Visually Impaired (<https://www.journalijdr.com/cane-electronic-wet-dirt-identifier-visually-impaired>); 2) Accessibility analysis for the visually impaired using LazarilloApp (<https://scholarsjournal.net/index.php/ijier/article/view/1711>). Além disso, o interesse por duas novas disciplinas optativas me levou a cumprir créditos extras no ano seguinte.

Em 2020, como os meses de pandemia ultrapassaram as expectativas noticiadas de duração, repetidamente, e com o cancelamento das oficinas supracitadas, o projeto inicial precisou ser substancialmente alterado, mas mantendo-se sob as possibilidades incluídas no projeto guarda-chuva da Rede ECO-AB previamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Assim, optamos por utilizar apenas os dados cuja coleta se daria online, e estão descritos mais adiante, na metodologia.

Vale lembrar que, em razão desta pandemia, o biênio 2020-2021 foi bastante conturbado para grande parte da população, seus sobreviventes enfrentaram luto, perdas nos mais diversos âmbitos e grandes mudanças de rotina, representando enorme dificuldade para pessoas no espectro autista, em geral. Sem contar as sequelas à saúde física e mental que este contexto caótico trouxe, tanto a pessoas neurodivergentes (TEA, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, entre outros) como a neurotípicas.

Em 2021, com a pesquisa finalmente voltando aos trilhos, o projeto readequado foi submetido ao colegiado do programa e aprovado, neste período, também deixei de ser bolsista pela Rede ECO-AB, já que infelizmente seu fomento já estava chegando ao fim, para me tornar bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela pós-graduação, assim, foi possível continuar a pesquisa e a participação nas atividades da equipe (que cresceu e deu origem ao atual OCCA, conforme supracitado), bem como realizar o estágio docente na disciplina de seminários em nutrição III e, em 2022, na de epidemiologia, ambos no curso de nutrição, sob supervisão de minha coorientadora.

Ainda em 2022, fui professora voluntária corresponsável pela disciplina de tópicos em obesidade, sob supervisão das professoras doutoras Bruna Paola Murino Rafacho e Camila Medeiros da Silva Mazzeti, ambas docentes orientadoras à frente do OCCA. Como minha coorientadora Camila Mazzeti também estava à frente do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Escolar (CECANE/UFMS), no qual estavam trabalhando os integrantes do OCCA Henrique Bello e Karine Domingos, com quem mais tenho afinidade no grupo de pesquisa, organicamente passei a participar como apoiadora voluntária do CECANE/UFMS.

Neste centro colaborador pude colocar parte do método da primeira oficina supracitada em prática, como facilitadora e integrante da equipe organizadora, com as devidas adequações à temática da alimentação escolar e ao reduzido tempo de encontro, *in loco*, com as nutricionistas da Superintendência de Alimentação Escolar (Suale). Após a realização da oficina, nós do CECANE//UFMS organizamos, analisamos e esquematizamos as informações e, com apoio da própria Suale, estruturamos um plano de ação com estratégias cooperativas. A partir das fragilidades e ameaças detectadas, também foram elaborados módulos de educação continuada para as nutricionistas da Suale, como o “Guia alimentar para menores de dois anos: como aplicar nas instituições de ensino” do qual participei mais ativamente.

Paralelamente, na tentativa de melhorar a saúde mental para conseguir prosseguir com a pesquisa, usufruí dos mais diversos serviços e projetos oferecidos gratuitamente pela UFMS, dentre eles o atendimento psicológico (restrito a poucas consultas, mas que foi um norte muito importante para prosseguir o tratamento com meus atuais profissionais de saúde mental, fora da UFMS), a auriculoterapia, o yoga e o programa Calma na crise. A partir dos dois últimos, passei a participar de mais um projeto de extensão: o “Conexão e bem-estar por meio do yoga”, no qual pretendo continuar mesmo após o encerramento do vínculo à UFMS.

Da mesma forma, após a defesa da tese e submissão da versão final desta ao PPG, planejo manter a participação, facultativa, no OCCA, de modo a dar seguimento na produção de artigos científicos referentes a esta e outras pesquisas, principalmente as análogas ao tema da atenção nutricional, além de prorrogar o apoio a outros pesquisadores na organização de dados e apresentação de slides, nos *softwares* Microsoft Excel e PowerPoint, respectivamente, com vistas a contribuir nos futuros aprimoramentos na saúde, alimentação e nutrição de nosso município, estado e país. Para saber mais sobre o projeto OCCA, e obter mais materiais dos quais participei da produção, acesse o link: <https://occa.ufms.br/> e navegue pela nossa página.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

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

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

Agradecemos sua participação.

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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

XX

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

- Sim, concordo
- Não, não concordo

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

Bloco A: IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

* 2. Confirme o estado onde você atua:

xxxxxxxxxxx

* 3. Escolha o município onde você atua:

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

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

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

Data

DD/MM/AAAA

- * 5. Nome civil ou Nome social:

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

Data

DD/MM/AAAA

- * 7. Sexo/Gênero:

- * 8. Cor/raça:

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Nutrição | <input type="radio"/> Enfermagem | <input type="radio"/> Técnico em nutrição e dietética |
| <input type="radio"/> Farmácia | <input type="radio"/> Odontologia | <input type="radio"/> Técnico em enfermagem |
| <input type="radio"/> Medicina | <input type="radio"/> Assistência Social | <input type="radio"/> Sanitarista |
| <input type="radio"/> Outra (especifique) | | |

- * 10. Cargo ou função atual:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município | <input type="radio"/> Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde |
| <input type="radio"/> Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município | |
| <input type="radio"/> Outro (especifique) | |

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

* 12. Vínculo empregatício:

- CLT (carteira de trabalho assinada) Contrato temporário por serviço público de saúde
- Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS) Servidor público estadual
- Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde Servidor público municipal
- Contrato temporário por Organização Social (OS)
- Outro (especifique)

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

- Sim
- Não
- Não. Porém, está programado para acontecer em 2020
- Não sei

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

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

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Sim, com cargo sem remuneração | <input type="radio"/> Não, porém há função gratificada |
| <input type="radio"/> Sim, com cargo remunerado | <input type="radio"/> Não está no organograma |
| <input type="radio"/> Sim, com função gratificada | <input type="radio"/> Não sei |

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

- Nutrição
 Enfermagem
 Farmácia
 Medicina
 Odontologia
 Técnico em Enfermagem
 Assistência Social
 Técnico em Nutrição e Dietética
 Outra (especifique)

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

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

Assistente Social	<input type="text"/>
Enfermeira(o)	<input type="text"/>
Farmacêutica(o)	<input type="text"/>
Fisioterapeuta	<input type="text"/>
Médica(o)	<input type="text"/>
Nutricionista	<input type="text"/>
Sanitarista	<input type="text"/>
Odontólogo (a)	<input type="text"/>
Profissional de Educação Física	<input type="text"/>
Técnico (a) de Enfermagem	<input type="text"/>
Técnico (a) de Nutrição e Dietética	<input type="text"/>
Outro (especifique o profissional e a quantidade)	<input type="text"/>

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

No Plano Plurianual (PPA)	<input type="checkbox"/>
No Plano Anual de Saúde-PAS	<input type="checkbox"/>
No Plano Municipal de Saúde	<input type="checkbox"/>
No Termo de Compromisso de Gestão	<input type="checkbox"/>
Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão	<input type="checkbox"/>
Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da SMS	<input type="checkbox"/>

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

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

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim, participação formal e regular | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Sim, participação informal, mas regular | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> Eventualmente (participação ocasional ou quando solicitada/convocada) | |

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

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

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

Outros (Quais?):

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continua...)

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

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

- Sim
 Não
 Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

- Sim
- Não
- Não, mas a área técnica solicitou a inclusão e não conseguiu
- Não sei

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

- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Regional
- Câmaras técnicas
- Não participa de nenhum colegiado
- Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde
- Outros (Quais?):

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

- Sim
- Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

(Continuação...)

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

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

(Continuação...)

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

(Continuação...)

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

- Sim
 Não
 Não sei

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

- Sim, **com** participação da área de alimentação e nutrição
 Sim, **sem** a participação da área de alimentação e nutrição
 Não
 Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

Alergias e intolerâncias alimentares	<input type="checkbox"/>
Desnutrição de pessoas idosas	<input type="checkbox"/>
Desnutrição infantil	<input type="checkbox"/>
Doenças Cardiovasculares (DCV)	<input type="checkbox"/>
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes,	<input type="checkbox"/>
Neuropatias	<input type="checkbox"/>
Pacientes em atenção domiciliar	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso e obesidade em adolescentes	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso e obesidade em adultos e idosos	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso e obesidade infantil	<input type="checkbox"/>

Outros (Quais?):

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

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

Outros (Quais?):

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

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

Conselho Local/Regional de Saúde	<input type="text"/>
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	<input type="text"/>
Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)	<input type="text"/>
Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CMSAN)	<input type="text"/>
Conselho de Alimentação Escolar (CAE)	<input type="text"/>
Conselho de Meio Ambiente ou congêneres	<input type="text"/>

Outros (Quais?):

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

- Sim
 Não
 Não sei

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

- Sim, apenas uma vez
 Sim, mais de uma vez
 Não
 Não sei

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

- Sim
 Não
 Não sei

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

- Sim
 Não
 Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano
 Não sei

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

- Sim, sempre (frequentemente)
 Sim, às vezes (eventualmente)
 Não
 Não sei

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

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

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

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

Apoio com materiais e recursos para ações propostas pela área técnica de Alimentação e Nutrição	<input type="text"/>
Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da Secretaria Municipal de Saúde e Assessoria técnica em assuntos/temas da área, incluindo em monitoramento e avaliação, quando solicitada	<input type="text"/>
Desenvolvimento de (ou apoio a) estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da Alimentação e Nutrição	<input type="text"/>
Visita no município para o monitoramento das atividades realizadas	<input type="text"/>
Implantação de ações e programas	<input type="text"/>
Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual	<input type="text"/>

Outros (Quais?):

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

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

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

Outros setores governamentais (Quais?):

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

Planejamento da ação	<input type="checkbox"/>
Investimento de recurso para a ação	<input type="checkbox"/>
Execução da ação	<input type="checkbox"/>
Execução de atividades eventuais da ação	<input type="checkbox"/>
Avaliação e monitoramento	<input type="checkbox"/>

Outros (Quais?):

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

Educação alimentar e nutricional	<input type="text"/>
Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - PAAS	<input type="text"/>
Controle e prevenção da Desnutrição	<input type="text"/>
Controle e prevenção de deficiências de micronutrientes	<input type="text"/>
Controle e prevenção da obesidade/sobrepeso	<input type="text"/>
Controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	<input type="text"/>
Vigilância Alimentar e Nutricional	<input type="text"/>
Acompanhamento das famílias e usuários do Programa Bolsa Família	<input type="text"/>
Ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola	<input type="text"/>

Outros (Quais?):

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO MUNICÍPIO

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

CONCEITO:

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

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

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

- Sim, planeja e acompanha Não
 Sim, somente planeja Não sei
 Sim, somente acompanha

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

- Sim, sempre (frequentemente)
- Sim, às vezes (eventualmente)
- Não
- Não sei

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

- Sim, solicita e acompanha
- Sim, somente solicita
- Sim, somente acompanha
- Não
- Não sei

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

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

(Continuação...)

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Entre 0 e 10% | <input type="radio"/> 50-75% |
| <input type="radio"/> 10 -25% | <input type="radio"/> 75- 100% |
| <input type="radio"/> 25 -50% | <input type="radio"/> Não sei |

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

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

(Continuação...)

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

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

(Continuação...)

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

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Entre 0 e 10% | <input type="radio"/> 50-75% |
| <input type="radio"/> 10 -25% | <input type="radio"/> 75- 100% |
| <input type="radio"/> 25 -50% | <input type="radio"/> Não sei |

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

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

(Continuação...)

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

Cópia de DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO MUNICÍPIO

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

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

Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	<input type="text"/>
Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários)	<input type="text"/>
Ações de diagnóstico, prevenção e controle carências nutricionais (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri)	<input type="text"/>
Avaliação Antropométrica/Chamada Nutricional da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)	<input type="text"/>
Avaliação do consumo alimentar da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, população em situação de rua, indígenas, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)	<input type="text"/>
Aquisição de material educativo para atividades de EAN	<input type="text"/>
Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos	<input type="text"/>
Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros)	<input type="text"/>
Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas às alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviços, entre outros)	<input type="text"/>
Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida para a população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)	<input type="text"/>
Em nenhuma das atividades prioritárias da política (área) de A&N, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município.	<input type="text"/>

Outras (Quais?):

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

CONCEITOS:

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

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

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Sim, em educação permanente e educação continuada | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Sim, mas apenas em educação permanente | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> Sim, mas apenas em educação continuada | |

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

Bloco C– Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição
(Continuação...)

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

Cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS)	<input type="checkbox"/>
Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial	<input type="checkbox"/>
Formação à distância por meio do Telessaúde	<input type="checkbox"/>
Formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do Sus)	<input type="checkbox"/>
Formação à distância por meio da plataforma AVASUS (Universidade Aberta do Sus)	<input type="checkbox"/>
Incentivo (ou facilitação) para participação em cursos de pós-graduação	<input type="checkbox"/>
Incentivo (ou facilitação) para participação em eventos de atualização técnica (oficinas, seminários)	<input type="checkbox"/>
Rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de Alimentação e Nutrição	<input type="checkbox"/>

Outras (Quais?):

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	<input type="checkbox"/>
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	<input type="checkbox"/>
Áreas temáticas do Ministério da Saúde	<input type="checkbox"/>
Instituições acadêmicas que atuam no município	<input type="checkbox"/>
Instituições acadêmicas conveniadas ao SUS	<input type="checkbox"/>

Outras (Quais?):

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

- Sim, do planejamento e da execução dos cursos
- Sim, somente do Planejamento
- Sim, somente da execução dos cursos
- Não
- Não sei

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

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

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

Fim do Questionário.

**Você finalizou o preenchimento do questionário. Clique no botão próximo para encerrar.
Agradecemos sua colaboração e participação.**

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

Não participação na pesquisa.

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

Agradecemos sua atenção.

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

ANEXO B – RELAÇÃO DE VARIÁVEIS DO ESTUDO

Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Categorias	
			Código	Descrição
PORTE			A	Capital
			B	Acima de 150 mil habitantes (exceto Capital)
			C	Entre 150 e 30 mil habitantes
			D	Menos de 30 mil habitantes
TCLE		Concorda em participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?		
Bloco - Identificação do Município				
UF		UF		
CODMUNIC		Código do IBGE do município		
MUNICIPIO		Nome do município		
DATAQUEST		Data de preenchimento do questionário		
Bloco - Identificação do Respondente				
RESPONDENTE		Nome do respondente		
DNASC		Data de nascimento		DD/MM/AAAA
SEXO		Sexo/gênero	1	Masculino
			2	Feminino
COR_RAÇA		Cor/raça	1	Amarela
			2	Branca
			3	Indígena
			4	Parda
			5	Preta
			6	Não deseja declarar
PROFISSÃO		Formação básica	1	Nutrição
			2	Farmácia

			3	Medicina
			4	Enfermagem
			5	Odontologia
			6	Assistência Social
			7	Técnico de Nutrição e Dietética
			8	Técnico de Enfermagem
			9	Outra
OUTRA_PROFISS		Descrição da profissão		Campo aberto
CARGO		Cargo ou função atual	1	Secretário(a) municipal de saúde
			2	Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município
			3	Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde
			4	Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município
			5	Outro
OUTRO_CARGO		Descrição do cargo		Campo aberto
			998	Não se aplica
TEMPO_SERVIÇO		Tempo de serviço no cargo ou função atual:		Anos completos
VINCULO			1	CLT (carteira de trabalho assinada)
			2	Servidor público municipal
			3	Servidor público estadual
			4	Contrato temporário por serviço público de saúde
			5	Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde
			6	Contrato temporário por Organização Social (OS)
			7	Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS)
			8	Outro
OUTRO_VINCULO		Descrição do vínculo		Campo aberto

			998	Não se aplica
FORMAÇÃO_OBESIDADE		Participou de curso de formação no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no Sistema Único de Saúde em 2019?	1	Sim
			2	Não
			3	Não. Porém, está programado para acontecer em 2020
			9997	Não sei
Bloco - Arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição				
G1		Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição, na Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G1.1		A Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) está presente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim, com cargo remunerado
			2	Sim, com cargo sem remuneração
			3	Não está no organograma
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G1.2		A qual área da Secretaria Municipal de Saúde está vinculada a Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)?	1	Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde
			2	Atenção Especializada
			3	Outra
			998	Não se aplica
G1.2.1		Descrição da outra área à qual se vincula a Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição		Campo aberto
			998	Não se aplica

G1.3		Há quanto tempo foi criada essa Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)?		Anos completos
			998	Não se aplica
G2		Existe um responsável técnico formalmente indicado para todas as ações de alimentação e nutrição na Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G2.1		Qual a formação do responsável técnico da área de alimentação e nutrição?	1	Nutricionista
			2	Farmacêutico
			3	Médico
			4	Enfermeiro
			5	Odontólogo
			6	Assistente Social
			7	Técnico de Nutrição e Dietética
			8	Técnico de Enfermagem
			9	Outra
			9997	Não sei
G2.1.1		Especificação da outra formação		Campo aberto
			998	Não se aplica
G2.2		Há quanto tempo o responsável técnico da área de alimentação e nutrição exerce a função?		Anos completos
			998	Não se aplica
G3.1	G3 - Indique o número de profissionais que compõem a equipe de gestão da área de alimentação e nutrição, segundo a formação. No caso de a equipe não incluir uma das	Assistente Social		Número de profissionais
G3.2		Enfermeira(o)		Número de profissionais
G3.3		Farmacêutica(o)		Número de profissionais
G3.4		Fisioterapeuta		Número de profissionais
G3.5		Médica(o)		Número de profissionais
G3.6		Nutricionista		Número de profissionais

G3.7	categorias de profissionais, preencha com zero (0):	Sanitarista		Número de profissionais
G3.8		Odontólogo (a)		Número de profissionais
G3.9		Profissional de Educação Física		Número de profissionais
G3.10		Técnico (a) de Enfermagem		Número de profissionais
G3.11		Técnico (a) de Nutrição e Dietética		Número de profissionais
G3.12		Outro (especifique o profissional e a quantidade)		Campo aberto
G4.1	G4 - As ações e metas de alimentação e nutrição estão previstas:	No Plano Plurianual (PPA)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.2		No Plano Anual de Saúde (PAS)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.3		No Plano Municipal de Saúde	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.4		No Termo de Compromisso de Gestão	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G4.5		Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão	1	Sim
			2	Não
	9997		Não sei	
G4.6	Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da SMS -	1	Sim	
		2	Não	
		9997	Não sei	
G4.7	Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Especifique.	2	Não	
			Campo aberto	

G5		A área de Alimentação e Nutrição tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim, participação formal e regular
			2	Sim, participação informal, mas regular
			3	Eventualmente (participação ocasional ou quando solicitada/convocada)
			4	Não
			9997	Não sei
G5.1.1		Elaboração/revisão do Plano Plurianual do município -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.2		Elaboração/revisão do Plano Municipal de Saúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.3	G5.1 - Em qual(is) processo(s) decisório(s) de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde a área de Alimentação e Nutrição participa/participou:	Elaboração do Termo de Compromisso de Gestão -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.4		Elaboração do Relatório Anual e Quadrienal de Gestão -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.5		Participação e realização da análise de situação de saúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.6		Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de vigilância alimentar e nutricional -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica

G5.1.7		Definição de indicadores de desempenho relacionados às ações de vigilância alimentar e nutricional (cobertura, por exemplo) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.8		Definição de recursos financeiros para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.1.9		Participação em colegiados de diretores e/ou coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.1	G5.2 - Em qual(is) processo(s) decisório(s) de planejamento e GESTÃO INTERSETORIAL a área de Alimentação e Nutrição participa/participou, representando a Secretaria Municipal de Saúde:	Elaboração da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional -	1	Sim
			2	Não
			3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.2		Elaboração e Monitoramento do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional -	1	Sim
			2	Não
			3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.3		Definição de parâmetros de insegurança alimentar e nutricional no município -	1	Sim
			2	Não
	3		Não existe	
	9997		Não sei	
	998		Não se aplica	
G5.2.4	Definição da periodicidade de análise e/ou de divulgação	1	Sim	
		2	Não	

		dos indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância alimentar e nutricional para os Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA) -	3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.5		Participação no Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família (PBF) -	1	Sim
			2	Não
			3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.6		Participação Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) – Programa Saúde na Escola -	1	Sim
			2	Não
			3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.7		Definição de agenda intersetorial com o Programa Nacional de Alimentação Escolar -	1	Sim
			2	Não
			3	Não existe
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G5.2.8		Outros (Quais?):	2	Não
				Campo aberto
G6		O município possui uma política de alimentação e nutrição que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G6.1		Em que ano foi PUBLICADA (INSTITUÍDA) a política de		Ano (AAAA)
			998	Não se aplica

		alimentação e nutrição, no seu município?		
G6.2		A política de alimentação e nutrição do seu município foi regulamentada?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G6.2.1		Em que ano foi REGULAMENTADA a política de alimentação e nutrição no seu município?		Ano (AAAA)
			998	Não se aplica
G7		Há metas de alimentação e nutrição inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal?	1	Sim
			2	Não
			3	Não, mas a área técnica solicitou a inclusão e não conseguiu
			9997	Não sei
G8.1	G8 - Indique em quais colegiados do Sistema Único de Saúde, a área de Alimentação e Nutrição do seu município participa:	Comissão Intergestores Bipartite	1	Sim
2			Não	
G8.2		Comissão Intergestores Regional	1	Sim
2			Não	
G8.3		Câmaras técnicas	1	Sim
			2	Não
G8.4		Não participa de nenhum colegiado	1	Sim
			2	Não
G8.5		Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde	1	Sim
			2	Não
G8.6		Outros (Quais?):	2	Não
			9997	Não sei
				Campo aberto
G9			Você considera que a área técnica de Alimentação e Nutrição tem autonomia para proposição de projetos,	1
	2			Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área
	3			Não

		programas ou ações em sua área de atuação?	9997	Não sei
G9.1		Se a área técnica de Alimentação e Nutrição NÃO tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, explique o porquê:		Campo aberto
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G10		O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G10.1		Os protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G11		O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G11.1		Os protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde incluem temas da área de alimentação e nutrição?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G12		A área de Alimentação e Nutrição responde pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da Secretaria Municipal de Saúde?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G13			1	Sim, com participação da área de alimentação e nutrição

		O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?	2	Sim, sem a participação da área de alimentação e nutrição
			3	Não
			9997	Não sei
G13.1.1	G13.1 - Quais protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de terapia nutricional que município dispõe?	Alergias e intolerâncias alimentares -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G13.1.2		Desnutrição de pessoas idosas -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G13.1.3		Desnutrição infantil -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G13.1.4		Doenças Cardiovasculares (DCV) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G13.1.5		Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes, -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G13.1.6		Neuropatias -	1	Sim
	2		Não	
	9997		Não sei	
	998		Não se aplica	
G13.1.7	Pacientes em atenção domiciliar -	1	Sim	
		2	Não	

			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.8		Sobrepeso e obesidade em adolescentes -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.9		Sobrepeso e obesidade em adultos e idosos -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.10		Sobrepeso e obesidade infantil -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G13.1.11		Outros (Quais?):		Campo aberto	
G14.1	G14 - Quais os sistemas de informação do Ministério da Saúde que o município utiliza para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição?	e-Gestor -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.2		e-SUS Hospitalar -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.3		e-SUS SAMU -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.4		Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) -	1	Sim	
			2	Não	
			9997	Não sei	
G14.5				1	Sim
				2	Não

		Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) -	9997	Não sei
G14.6		Sistema de Informações próprio do município -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.7		Sistema de Gestão de Micronutrientes -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.8		Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.9		Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (e-SUS AB/ SISAB) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.10		Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G14.11		Outros (Quais?):		Campo aberto
			2	Não
G15		A área de Alimentação e Nutrição divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G15.1		Cite os principais meios/canais de comunicação mais relevantes para o município:		Campo aberto
			998	Não se aplica
G16		A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de canais de	1	Sim

		orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de Alimentação e Nutrição?	2	Não
			9997	Não sei
G20		A Secretaria Municipal de Saúde ou a área técnica de Alimentação e Nutrição apresentou propostas de ação de alimentação e nutrição ao Conselho Municipal de Saúde no último ano?	1	Sim, apenas uma vez
			2	Sim, mais de uma vez
			3	Não
			9997	Não sei
G21		No âmbito do Conselho Municipal de Saúde, foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G22		As ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano municipal de alimentação e nutrição integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019?	1	Sim
			2	Não
			3	Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano
			9997	Não sei
G23		A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica estadual?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G23.1		Por que a área de Alimentação e Nutrição NÃO se relaciona com a referência técnica estadual?		Campo aberto
			998	Não se aplica
G23.2.1	G23.2 - Qual(is) os tipos de apoio mais relevantes recebidos da Referência Técnica Estadual?	Apoio com materiais e recursos para ações propostas pela área técnica de Alimentação e Nutrição -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica

G23.2.2	Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da Secretaria Municipal de Saúde e Assessoria técnica em assuntos/temas da área, incluindo em monitoramento e avaliação, quando solicitada -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G23.2.3	Desenvolvimento de (ou apoio a) estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da Alimentação e Nutrição -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G23.2.4	Visita no município para o monitoramento das atividades realizadas -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G23.2.5	Implantação de ações e programas -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G23.2.6	Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G23.2.7	Outros (Quais?):		Campo aberto
		2	Não
G24	A área de Alimentação e Nutrição do município se relaciona com a referência técnica federal?	1	Sim, sempre (frequentemente)
		2	Sim, às vezes (eventualmente)
		3	Não
		9997	Não sei

G24.1		Se a área de Alimentação e Nutrição do município NÃO se relaciona com a referência técnica federal, explique por quê?		Campo aberto
			998	Não se aplica
G25		A área de Alimentação e Nutrição recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionados, via Redenutri ou boletim Segundeira ou outro canal de informações/comunicação)?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G26		A área de Alimentação e Nutrição se articula com outros setores do município?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G26.1.1	G26.1 - Indique com quais setores a área de Alimentação e Nutrição desenvolve (ou participa) de ações intersetoriais:	Agricultura/Desenvolvimento Agrário -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.2		Assistência Social -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.1.3		Cultura -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica

G26.1.4	Educação -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.5	Iniciativa privada -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.6	Instituições de caridade ou religiosas -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.7	Meio Ambiente -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.8	Ministério Público -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.9	Organizações Não Governamentais /da sociedade civil (ONG) que atuam na defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica
G26.1.10	Segurança Alimentar e Nutricional -	1	Sim
		2	Não
		9997	Não sei
		998	Não se aplica

G26.1.11		Poder Legislativo local (Câmara dos Vereadores) -	1	Sim		
			2	Não		
			9997	Não sei		
			998	Não se aplica		
G26.1.12		G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:	Outros setores governamentais (Quais?):		Campo aberto	
				2	Não	
				998	Não se aplica	
G26.2.1			G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:	Planejamento da ação -	1	Sim
					2	Não
					9997	Não sei
					998	Não se aplica
G26.2.2				G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:	Investimento de recurso para a ação -	1
	2					Não
	9997					Não sei
	998					Não se aplica
G26.2.3	G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:				Execução da ação -	1
		2				Não
		9997				Não sei
		998				Não se aplica
G26.2.4		G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:	Execução de atividades eventuais da ação -		1	Sim
					2	Não
					9997	Não sei
					998	Não se aplica
G26.2.5			G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:	Avaliação e monitoramento -	1	Sim
					2	Não
					9997	Não sei
					998	Não se aplica
G26.2.6	G26.2 - Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial:			Outros (Quais?):		Campo aberto

			2	Não
			998	Não se aplica
G26.3.1	G26.3 - Indique quais ações são desenvolvidas, com maior frequência, de forma intersetorial:	Educação alimentar e nutricional -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.2		Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - PAAS -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.3		Controle e prevenção da Desnutrição -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.4		Controle e prevenção de deficiências de micronutrientes -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.5		Controle e prevenção da obesidade/sobrepeso -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.6		Controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.7		Vigilância Alimentar e Nutricional -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei

			998	Não se aplica
G26.3.8		Acompanhamento das famílias e usuários do Programa Bolsa Família -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.9		Ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G26.3.10		Outros (Quais?):		Campo aberto
			2	Não
			998	Não se aplica
G27		A área de Alimentação e Nutrição do município se articula com setores privados?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G27.1		Com quais setores da iniciativa privada há articulação?		Campo aberto
			998	Não se aplica
G28.1	G28 - Indique em qual(is) Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN) existentes no município a área de Alimentação e Nutrição atua	Banco de alimentos -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.2		Centrais de abastecimento (Ceasa) -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.3			1	Sim

		Centrais de recebimento e de distribuição de produtos da agricultura familiar (centrais) ou unidades de beneficiamento da agricultura familiar -	2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.4		Cozinhas comunitárias -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.5		Feiras ou mercados públicos -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.6		Restaurantes populares/comunitários -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.7		Restaurantes universitários -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.8		Serviços de produção da alimentação escolar em creches e/ou escolas -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.9		Serviços de produção de refeições nos hospitais -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei

G28.10		Unidades Assistenciais do Sistema único de Assistência Social - SUAS (CRAS/CRES, casas de acolhimento etc.) -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
G28.11		Serviços de produção de refeições em unidades prisionais/de reclusão -	1	Sim
			2	Não
			3	Não tem no município
			9997	Não sei
Bloco Gestão Orçamentária/Financeira				
G29		A área de Alimentação e Nutrição planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?	1	Sim, planeja e acompanha
			2	Sim, somente acompanha
			3	Sim, somente planeja
			4	Não
			9997	Não sei
G30		A área técnica de Alimentação e Nutrição realiza reuniões com a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sobre a sua responsabilidade?	1	Sim, sempre (frequentemente)
			2	Sim, às vezes (eventualmente)
			3	Não
			9997	Não sei
G31		A área de Alimentação e Nutrição solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?	1	Sim, solicita e acompanha
			2	Sim, somente solicita
			3	Sim, somente acompanha
			4	Não
			9997	Não sei
G32.1	G32 - Em quais itens abaixo o município	Componente Básico da Assistência Farmacêutica	1	Sim

	recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para desenvolver ações de alimentação e nutrição?	(recurso a ser utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no PNSF (Programa Nacional de Suplementação de Ferro))	2	Não
			9997	Não sei
G32.2		Crescer Saudável	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G32.3		Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G32.4		Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G33		O município recebe do governo federal incentivo financeiro do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN)?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G33.1		Se recebe o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?	1	Entre 0 e 10%
			2	10-25%
			3	25-50%
			4	50-75%
			5	75-100%
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G34		O município recebe do governo federal incentivo financeiro para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei

G34.1		Se recebe o Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano?	1	Entre 0 e 10%
			2	10-25%
			3	25-50%
			4	50-75%
			5	75-100%
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G35		O estado repassa recurso financeiro para custeio das ações de alimentação e nutrição no município?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G35.1		Informe o valor (R\$ em reais) alocado no último ano proveniente da gestão estadual para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município:		Valor em reais
			998	Não sei/Não se aplica
G36		O município destina receita própria para custeio das ações de alimentação e nutrição município?	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G36.1		Informe o valor (R\$ em reais) alocado no último ano proveniente da gestão municipal para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município:		Valor em reais
			998	NSA/não sei
G37.1	G37 - Indique em quais temas foi realizada a alocação dos recursos financeiros do último ano, independente da	Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.2			1	Sim

	fonte (municipal, estadual ou federal):	Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários) -	2	Não
			9997	Não sei
G37.3		Ações de diagnóstico, prevenção e controle carências nutricionais (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.4		Avaliação Antropométrica/Chamada Nutricional da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.5		Avaliação do consumo alimentar da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, população em situação de rua, indígenas, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.6		Aquisição de material educativo para atividades de EAN -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.7		Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.8		Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei

G37.9		Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas às alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviços, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.10		Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida para a população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.11		Em nenhuma das atividades prioritárias da política (área) de A&N, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município. -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
G37.12		Outras (Quais?):		Campo aberto
			2	Não
Bloco Educação Permanente				
G38		A Secretaria Municipal de Saúde incentiva (direta ou indiretamente) a educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?	1	Sim, em educação permanente e educação continuada
			2	Sim, mas apenas em educação permanente
			3	Sim, mas apenas em educação continuada
			4	Não
			9997	Não sei
G38.1.1	G38.1 - Quais estratégias de formação para		1	Sim
			2	Não

	prevenção e controle do sobrepeso e obesidade são utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?	Cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS) -	9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.1.2		Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.1.3		Formação à distância por meio do Telessaúde -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.1.4		Formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do Sus) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.1.5		Formação à distância por meio da plataforma AVASUS (Universidade Aberta do Sus) -	1	Sim
			2	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G38.1.6	Incentivo (ou facilitação) para participação em cursos de pós-graduação -	1	Sim	
		2	Não	
		9997	Não sei	
		998	Não se aplica	
G38.1.7	Incentivo (ou facilitação) para participação em eventos de atualização técnica (oficinas, seminários) -	1	Sim	
		2	Não	
		9997	Não sei	
		998	Não se aplica	
G38.1.8	Rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de Alimentação e Nutrição -	1	Sim	
		2	Não	
		9997	Não sei	

			998	Não se aplica	
G38.1.9		Outras (Quais?):		Campo aberto	
			2	Não	
			998	Não se aplica	
G38.2.1	G38.2 - Indique quais são as instituições envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS).	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G38.2.2		Secretaria Estadual de Saúde (SES) -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G38.2.3		Áreas temáticas do Ministério da Saúde -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G38.2.4		Instituições acadêmicas que atuam no município -	1	Sim	
				2	Não
				9997	Não sei
				998	Não se aplica
G38.2.5	Instituições acadêmicas conveniadas ao SUS -	1	Sim		
			2	Não	
			9997	Não sei	
			998	Não se aplica	
G38.2.6	Outras (Quais?):		Campo aberto		
			2	Não	
			998	Não se aplica	
G38.3			1	Sim, do planejamento e da execução dos cursos	

		A área de Alimentação e Nutrição contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)?	2	Sim, somente do Planejamento
			3	Sim, somente da execução dos cursos
			4	Não
			9997	Não sei
			998	Não se aplica
G39.1	G38.4 - Na sua percepção, como você avalia a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuírem nas seguintes temáticas:	Capacidade de liderança e de articulação intersetorial	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.2		Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.3		Prevenção e cuidado da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários)	1	1) Insuficiente
			2	2) Pouco Suficiente
			3	3) Suficiente
			9997	4) Não sei
			998	Não se aplica
G39.4		Prevenção e cuidado das carências de micronutrientes (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri)	1	1) Insuficiente
	2		2) Pouco Suficiente	
	3		3) Suficiente	
	9997		4) Não sei	
	998		Não se aplica	

G39.5	Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1	1) Insuficiente
		2	2) Pouco Suficiente
		3	3) Suficiente
		9997	4) Não sei
		998	Não se aplica
G39.6	Promoção da alimentação adequada e saudável	1	1) Insuficiente
		2	2) Pouco Suficiente
		3	3) Suficiente
		9997	4) Não sei
		998	Não se aplica
G39.7	Utilização dos sistemas de informação (SISVAN, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros)	1	1) Insuficiente
		2	2) Pouco Suficiente
		3	3) Suficiente
		9997	4) Não sei
		998	Não se aplica
G39.8	Vigilância Alimentar Nutricional –VAN, incluindo técnicas de tomada de medida antropométricas	1	1) Insuficiente
		2	2) Pouco Suficiente
		3	3) Suficiente
		9997	4) Não sei
		998	Não se aplica

ANEXO C – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM RECURSO EM CONTA

Total de recurso repassado aos municípios VAN (2011 - 2020)			
Municípios	Portaria	Total repassado	Saldo R\$
Água Clara	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 9.000,00	R\$ 7.139,85
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Alcinópolis	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Amambai	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 24.000,00	R\$ 213,66
Anastácio	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 27.000,00	R\$ 16.249,98
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Anaurilândia	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 9.000,00	R\$ 9.000,00
Angélica	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Antônio João	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Aparecida do Taboado	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 21.000,00	R\$ 12.823,91
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Aquidauana	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 27.000,00	R\$ 8.000,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Aral Moreira	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 6.000,00	R\$ 10.051,60
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Bandeirantes	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 389,97
Bataguassu	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
Bela Vista	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 21.000,00	R\$ 21.000,00
Bodoquena	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		

Bonito	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 12.000,00	R\$ 8.332,45
Brasilândia	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 6.000,00	R\$ 3.704,95
Caarapó	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 12.000,00	R\$ 8.618,44
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Camapuã	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 21.000,00	R\$ 21.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Caracol	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Cassilândia	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 27.000,00	R\$ 14.270,97
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Chapadão do Sul	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Corguinho	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 7.845,31
Coronel Sapucaia	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 9.000,00	R\$ 392,17
Corumbá	3.437 de 29 de dezembro de 2016	R\$ 51.000,00	R\$ 23.546,47
Costa Rica	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Coxim	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 18.000,00	R\$ 8.049,49
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Deodápolis	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 3.000,00	R\$ 15.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 12.000,00	
Dois Irmãos do Buriti	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 3.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		

Douradina	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
Dourados	2.503 de 28 de setembro de 2017	R\$ 81.000,00	R\$ 85.243,00
Eldorado	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 9.000,00	R\$ 424,19
Fátima do Sul	1.056 de 24 de maio de 2016	R\$ 18.000,00	R\$ 19.153,62
	3.437 de 29 de dezembro de 2016		
Figueirão	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Glória de Dourados	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 12.000,00	R\$ 295,03
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Iguatemi	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 12.000,00	R\$ 786,35
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Inocência	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 12.000,00	4,139,15
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Itaporã	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
Itaquiraí	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Ivinhema	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Japorã	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 1.500,00	R\$ 2.925,22
	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	
Jaraguari	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Jardim	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 18.000,00	R\$ 1,02
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Juti	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Ladário	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 12.000,00	R\$ 17.150,14
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Laguna Carapã	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
Maracaju	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 24.000,00	R\$ 18.601,66
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Miranda	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 6.000,00	R\$ 92,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Mundo Novo	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 9.000,00	R\$ 21,00

Naviraí	2.268 de 16 de outubro de 2014	R\$ 30.000,00	R\$ 1.845,66
Nioaque	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 9.000,00	R\$ 9.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Nova Alvorada do Sul	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 12.000,00	R\$ 6.483,46
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Nova Andradina	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 27.000,00	R\$ 27.000,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Novo Horizonte do Sul	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 1.688,18
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Paraíso das Águas	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Paranaíba	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 24.000,00	R\$ 24.000,00
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Paranhos	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 9.000,00	R\$ 4.095,95
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Pedro Gomes	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
Ponta Porã	1.056 de 24 de maio de 2016	R\$ 33.000,00	R\$ 52.501,37
	3.437 de 29 de dezembro de 2016		
Porto Murtinho	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
Ribas do Rio Pardo	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
Rio Brillhante	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 24.000,00	R\$ 14.338,96
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Rio Negro	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 261,52
Rio Verde do Mato Grosso	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 24.000,00	R\$ 24.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Rochedo	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
São Gabriel do Oeste	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 30.000,00	R\$ 6.511,83
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Selvíria	3.156 de 27 de dezembro de 2011	R\$ 12.000,00	R\$ 263,12
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
	2.268 de 16 de outubro de 2014		
Sidrolândia	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 27.000,00	R\$ 27.000,00
Sonora	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 9.000,00	R\$ 9.000,00
Tacuru	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
Taquarussu	2.883 de 26 de novembro de 2013	R\$ 3.000,00	R\$ 3.902,33
Terenos	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 15.000,00	R\$ 12.780,69
	2.883 de 26 de novembro de 2013		
Três Lagoas	3.437 de 29 de dezembro de 2016	R\$ 21.000,00	R\$ 22.181,51
Vicentina	2.392 de 19 de outubro de 2012	R\$ 6.000,00	R\$ 3.000,00
	2.883 de 26 de novembro de 2013		