

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NO SUS: PERFIL E CARACTERIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

ANA CAROLINA LUCENA PIRES

**Brasília
2017**

ANA CAROLINA LUCENA PIRES

**IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NO SUS: PERFIL E CARACTERIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara Rehem. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

**Brasília
2017**

ANA CAROLINA LUCENA PIRES

**IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NO SUS: PERFIL E CARACTERIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Tânia Cristina Moraes
Santa Bárbara Rehem Faculdade de Ciências
da Saúde Universidade de Brasília

Aprovado em/...../.....

BANCA EXAMINADORA

**PRESIDENTE: Prof^a Dr^a. TANIA CRISTINA MORAES SANTA BÁRBARA REHEM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA; FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE;
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**2º MEMBRO: Prof^a Dr^a. NOÊMIA URRUTH TAVARES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA; FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**3º MEMBRO: Prof^a Dr^a. ELISABETTA GIOCONDA IOLE GIOVANNA RECINE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO; FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**SUPLENTE: Prof^a Dr^a. HELENA ERI SHIMIZU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA; FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

A todos os profissionais que lutam diariamente pela efetivação da cidadania e políticas públicas que possam minorar os nocivos efeitos do liberalismo em nossa sociedade.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e Coordenação do mestrado profissional em Saúde Coletiva, por ter proporcionado o acesso ao saber, as excelentes discussões provocadas nas disciplinas e oferta de um ambiente oportuno à troca de experiências, diversidade de pensamentos e liberdade de expressão;

À minha orientadora Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem, que esteve sempre presente, me orientando e estimulando a desenvolver o trabalho, além de todos os demais processos envolvidos com a pesquisa científica. Agradeço pela escuta, leituras minuciosas dos manuscritos e sobretudo pela forma respeitosa nos momentos de sugestão e intervenção, que sempre foram feitos de forma cuidadosa, sem invalidar as ideias trazidas e buscando contribuir com o produto final.

À professora Regina Fernandes de Oliveira, da faculdade de medicina da Universidade de Brasília e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, pelo apoio enquanto co-orientadora, participando dos momentos de concepção da metodologia e análise dos resultados, além da revisão crítica da dissertação.

Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de turma e trajetória, que em muito contribuíram para as reflexões durante e após as aulas, nos diálogos, na riqueza trazida pelos relatos de suas experiências vividas, pela diferença, o apontamento de diferentes perspectivas. Sem dúvida saio do mestrado diferente, muito pela influência de toda a gama de discussões traçadas em conjunto com os colegas, seja nos trabalhos em equipe, na crítica a textos em sala de aula ou colocação de opiniões acerca dos temas apresentados.

À Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, pela grande colaboração em minha formação, não só pelos processos vivenciados nos últimos cinco anos, mas também pelo apoio e incentivo em trilhar pelo caminho da pesquisa, do aprimoramento pessoal e inquietação por solucionar os problemas do cenário nutricional brasileiro, na busca de construir instrumentos e estratégias que proporcionem mudança e melhorias no processo de implementação das Políticas e isso inclui não só a PNAN, mas também a PNAB, a PNSAN, PNH, entre outras. Agradeço especialmente à Michele Lessa de Oliveira e Simone Costa Guadagnin, pela compreensão, paciência, importante apoio e estímulo em seguir no mestrado.

Como somos um sujeito social, que nasceu e vive em coletivos, agradeço àqueles que estiveram próximos de mim: Minha família, meus amigos e colegas. Agradeço especialmente ao meu marido, Daniel Miele Amado, pelo companheirismo, paciência e nos cuidados com a casa e com o filhote Hermes; Ao meu pai Adalto Pires, pelo constante estímulo à superação; às matriarcas: minha mãe, Vânia Lima, pelo amor, ternura e todo o investimento em mim; minha avó, Graça Lucena, grande responsável pela prosperidade emocional e material de nossa família; Neide Miele, por todo o apoio nos momentos mais importantes e decisões difíceis da vida; meus tios e tias, Virgínia e Akira, Dimas e Sandra, Evelyne e César, e Odete, os estudos de mestrado, não teriam acontecido. Agradeço também aos meus irmãos Daniel e André que me inspiram e me alegram.

É para lutar contra essa discriminação, que divide o mundo em dois mundos (uma minoria de nações em expansão dinâmica e uma maioria em estagnação estática), que é necessário conceber uma verdadeira política de desenvolvimento, uma estratégia eficaz para promover o desenvolvimento global da humanidade, tendo por fim a valorização do homem em todo o mundo. (...)

Josué de Castro, 2003, P. 109 e 110

RESUMO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição apresenta 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. A realização dessa pesquisa justifica-se pela relevância da temática investigada e pela possibilidade de contribuir ao aprimoramento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Busca responder a seguinte pergunta: Considerando os repasses financeiros realizados pela União para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição, como vem se dando o processo de implementação da PNAN nos municípios brasileiros?

OBJETIVO: Analisar a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos municípios brasileiros que receberam financiamento das ações de alimentação e Nutrição.

MÉTODO: Realizado estudo quantitativo transversal, de caráter descritivo e exploratório, seguido de análise da relação existente entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados com a realização das diretrizes da PNAN desenvolvidas pelas secretarias municipais de saúde. O grupo de municípios analisados foi o daqueles que têm recebido financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição, conforme critério estabelecido pelo Ministério da Saúde. A fonte dos dados da pesquisa em relação às características sociodemográficas dos municípios foi obtida por meio do acesso a bases de dados secundárias do IBGE, PNUD e histórico de cobertura da atenção básica. Para as informações sobre o perfil dos municípios em relação à gestão das ações de alimentação e nutrição utilizou-se os dados disponíveis no sistema FormSUS. Realizou-se ainda, teste de hipóteses, por meio de Qui-quadrado, no nível de decisão a 5%, para estudo da associação entre a completude das diretrizes prioritárias para implementação da PNAN com os indicadores de Cobertura da Estratégia Saúde da Família e Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. Para o processamento dos dados foram utilizados os *softwares* R e estatístico de dados, IBM SPSS versão 19.

RESULTADOS: O perfil dos municípios estudados demonstrou um bom padrão de desenvolvimento econômico e social, colocando-os numa posição favorável à operacionalização de políticas públicas. Os municípios apresentaram média de cobertura de Estratégia Saúde da Família de 50,83%, sendo observada a implantação de Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, em 64% (n=115) desses. No entanto observou-se uma difusa

distribuição dessas duas estratégias no grupo de municípios estudados, podendo interferir nos resultados esperados quanto ao ordenamento dos serviços e ações de saúde considerando as principais necessidades sanitárias da população. A Diretriz que obteve maior número de ações realizadas pelos municípios foi a de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, indicando que a ação realizada com maior frequência foi a de desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os NASF. A relação entre a cobertura da ESF e número de NASFs implantados com a realização das diretrizes prioritárias de alimentação e nutrição não indicaram resultados estatisticamente significativos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implementação da PNAN nos municípios brasileiros, embora apresente progressos, apresenta vários fatores dificultadores. Há certo distanciamento entre os atores implementadores, representados pelas secretarias municipais de saúde, do nível formulador, representado pelo Ministério da Saúde, indicado pela baixa participação dos primeiros das decisões e estratégias definidas no nível central. Além disso, a PNAN carece de maior divulgação e publicização, buscando o compartilhamento de experiências exitosas para um número cada vez maior de sujeitos e grupos, podendo influenciá-los e contribuir para que possam agir em favor de sua saúde.

Palavras-Chave: Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Política Nutricional; Política Social; Nutrição em Saúde Pública;

ABSTRACT

The National Food and Nutrition Policy (PNAN) aims to improve the food, nutrition and health conditions of the Brazilian population through the promotion of adequate and healthy food practices, food and nutritional surveillance, prevention and wholesome treatment of diseases related to both food and nutrition. This research is justified by the relevance of the research topic and by the possibility to contribute to the improvement of planning, monitoring and evaluation instruments of public policies. In this matter, this study seeks to answer the following question: Considering the financial transfers made by the Federal Government for the structuring and implementation of food and nutrition actions, how has PNAN's implementation process been taking place in Brazilian municipalities? **OBJECTIVE:** To analyze the implementation of the National Food and Nutrition Policy in the Brazilian municipalities that received food and nutrition funding. **METHOD:** A descriptive and exploratory cross-sectional study was carried out, followed by an analysis of the relationship between the coverage of the Family Health Strategy and the number of Support Centers for Family Health implemented with the PNAN guidelines developed by the municipal secretariats of health. The group of municipalities analyzed were those who have received federal funding for structuring the food and nutrition actions, in a total of 17 according to a criteria established by the Ministry of Health. The source of the research data in relation to the sociodemographic characteristics of the municipalities was obtained through secondary databases of IBGE, PNUD and history of basic health care coverage. For information on the profile of the municipalities in relation to the management of food and nutrition actions was used the data available in the FormSUS system. At the decision level at 5%, a hypothesis test was used to study the association between the completeness of the priority guidelines for PNAN implementation with the Family Health Strategy Coverage indicators and the Number Of Family Health Support Centers (NASF) implanted. For the data processing, R software (R Development Core Team, 2014) and statistical data were used, IBM SPSS version 19 **RESULTS:** The profile of the studied municipalities showed a good pattern of economic and social development, placing them in a favorable position for the operationalization of public policies. The municipalities had an average coverage of the Family Health Strategy (FHS) of 50.83%, and the implementation of Support Centers for Family Health was observed in 64% (n = 115) of these. However, it was observed a diffuse distribution of these two strategies in the group of municipalities studied, what could interfere in the expected results regarding the ordering of health services and actions considering the main health needs of the population. The Guideline that obtained the highest number of actions carried out by the municipalities was the Promotion of Adequate and Healthy Food, which was the

most frequent action to develop operating groups involving health and nutrition in articulation with the NASF. The relationship between FHS coverage and number of NASFs implemented with the achievement of the priority feeding and nutrition guidelines did not indicate statistically significant results. FINAL CONSIDERATIONS: Based on the premise that public policies are only effectively constituted as such when they leave the paper, circulate and are appropriated by the target population, PNAN needs to be more widely disseminated and publicized, seeking the sharing of successful experiences for a Increasing number of subjects and groups, being able to influence them and contribute so that they can act in favor of their own health

Key words: Nutrition Programs and Policies; Nutrition Policy; Public Policy.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição dos municípios que receberam financiamento federal para estruturar as ações de alimentação e nutrição por região geográfica. Brasil, 2016. 59

Figura 2 Distribuição dos municípios respondentes segundo as regiões macroeconômicas. Brasil, 2016. 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos municípios que receberam financiamento das ações de alimentação e nutrição segundo porte populacional e valor de repasse. Brasil, 2016. 59

Tabela 2 Descrição das características dos municípios que receberam financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição quanto ao mínimo, 1º quartil, mediana, média, 3º quartil e máximo das variáveis de interesse. Brasil, 2016. 60

Tabela 3 Distribuição dos municípios segundo valores máximos e mínimos para as variáveis cobertura de ESF, número de NASFs implantados, IDH-M e PIB per capita. Brasil, 2016 61

Tabela 4 - Distribuição dos municípios respondentes quanto ao número de profissionais e de nutricionistas integrantes das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios que recebem o FAN. 66

Tabela 5 - Composição das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios que recebem o FAN quanto à diversidade nos núcleos profissionais 67

Tabela 6 - Discriminação das dificuldades na execução orçamentária do FAN na Entidade Municipal. Amostra atualizada no ano de 2016. 68

Tabela 7 - Caracterização dos outros instrumentos de gestão utilizados pelas secretarias municipais de saúde para planejamento das ações de alimentação e nutrição. Amostra atualizada no ano de 2016. ... 70

Tabela 8 - Frequências das respostas à questão sobre como tem ocorrido a participação do controle social no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição. Brasil, 2016. 70

Tabela 9 - Distribuição das áreas com as quais a área técnica de alimentação e nutrição exerce articulação intrasetorial para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. Brasil, 2016... 71

Tabela 10 - Frequências das respostas à questão sobre haver articulação com outras secretarias ou setores para o desenvolvimento das ações. Brasil, 2016. 71

Tabela 11 - Diretrizes prioritárias expressas pela Portaria do FAN nas quais foram desenvolvidas ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasil, 2016..... 72

Tabela 12 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN e a cobertura de Estratégia Saúde da Família existente no município. Brasil, 2016. 78

Tabela 13 - Relação entre a Implementação das Diretrizes prioritárias da PNAN, considerando a realização de todas ou nenhuma delas, e a cobertura de Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2016 79

Tabela 14 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN, considerando os extremos (realização de todas as Diretrizes X aqueles que realizaram 1 ou nenhuma) e o número de NASF implantado no município. Brasil, 2016. 80

Tabela 15 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN e o número de NASF implantado no município. Brasil, 2016. 80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição das variáveis consideradas para análise sobre a implementação de ações da PNAN pelas secretarias municipais de saúde..... 51

Quadro 3 - Atividades desenvolvidas por municípios que receberam o FAN em relação à diretriz de Promoção da alimentação adequada e saudável no ano de 2015 73

Quadro 4 - Atividades desenvolvidas pelos municípios que receberam o FAN em relação à Diretriz de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional no ano de 2015. 75

Quadro 5 - Ações de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional segundo público-alvo ao qual se destinaram. 75

Quadro 6 - Iniciativas Desenvolvidas nos municípios que receberam o FAN segundo à Prevenção dos Agravos relacionados à Alimentação e Nutrição no ano de 2015. 76

Quadro 7 - Ações de Prevenção dos agravos Relacionados à Alimentação e Nutrição no ano de 2015 segundo publico Alvo..... 77

Quadro 8 - Atividades Desenvolvidas por municípios que receberam o FAN segundo a Diretriz de Qualificação da Força de Trabalho em Alimentação e Nutrição..... 77

Quadro 9 - Ações de qualificação da força de trabalho desenvolvidas por municípios que receberam o FAN no ano de 2015 segundo público-alvo. 78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ATAN - Área Técnica de Alimentação e Nutrição

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CECAN - Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição

CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CIAN - Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar

DAB - Departamento de Atenção Básica

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

EAB - Equipe de Atenção Básica

ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAN - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição

FormSUS - Serviço de Criação de Formulários para o SUS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

LC – Linha de Cuidado

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MANS - Marcadores de Alimentação não Saudável

MAS - Marcadores de Alimentação Saudável

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAAS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PNSN - Programa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PIB - Produto Interno Bruto

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPA - Plano Plurianual

PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSE - Programa Saúde na Escola

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SPE - Saúde e Prevenção na Escola

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

TBCA - Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos

USB - Unidade Básica de Saúde

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	23
2 MARCO TEÓRICO	26
2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	26
2.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, DEMOGRÁFICA E NUTRICIONAL BRASILEIRA E A NECESSIDADE DE ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	32
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	42
3.1 OBJETIVO GERAL	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4 MÉTODO.....	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	49
4.3 FONTE E COLETA DE DADOS	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS.....	57
5 RESULTADOS.....	58
5.1 PERFIL DOS MUNICÍPIOS QUE RECEBERAM O FINANCIAMENTO FEDERAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO NO ANO DE 2015.....	58
5.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS RELACIONADAS ÀS DIRETRIZES PRIORITÁRIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DESENVOLVIDAS.....	72
5.3 RELAÇÃO ENTRE A IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DA PNAN POR SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE A PARTIR DO QUE FOI INDICADO POR ESSAS NO ANO DE 2015 E A COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	78
5.4 ANÁLISE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE A IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DA PNAN POR SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE A PARTIR DO QUE FOI INDICADO POR ESSAS NO ANO DE 2015 E O NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS.	79
6. DISCUSSÃO.....	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

APÊNDICE A: RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS CUJAS ÁREAS TÉCNICAS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARTICIPARAM DO INQUÉRITO DESENVOLVIDO PELA CGAN - 2016:.....	103
APÊNDICE B – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE	109
ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CESSÃO DOS DADOS DISPONÍVEL EM BASE DE DADOS DA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE... ..	129
.....	129
.....	130
ANEXO B – COMPROVAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ...	131
ANEXO C: LISTAGEM DOS MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS IGUAL A ZERO.....	132
ANEXO D: IDENTIFICAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES DISCREPANTES (outliers) EM RELAÇÃO AO BRASIL E REGIÕES MACROPOLÍTICAS.....	133
ANEXO E COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE	134

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha atuação profissional na atenção básica à saúde no município de João Pessoa, inicialmente de forma voluntária e em pouco tempo, como trabalhadora do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, recém implantada no município, no ano de 2008. Meu interesse em atuar nesse nível de atenção surgiu ainda na graduação, quando, a partir dos projetos de extensão, pesquisa e estágios curriculares desenvolvi várias atividades em parceria com os profissionais de saúde das unidades da estratégia saúde da família dos municípios de João Pessoa e Cabedelo, como cursos de culinária, interconsultas, visitas domiciliares a pessoas com necessidades alimentares especiais, estímulo à utilização de fitoterapia e práticas tradicionais de cuidado, atividades articuladas entre a equipe da eSF e as escolas inseridas no território, entre outras.

A gestão da secretaria de saúde de João Pessoa optou por organizar o processo de trabalho do trabalhador do NASF no modelo de apoio matricial, nesse contexto, sendo necessário para potencializar o reordenamento do modelo de atenção à saúde no município. Esse foi focado no fortalecimento da atenção básica como coordenadora e ordenadora do cuidado, apoio à participação popular no processo de construção do SUS, com o incentivo à instituição de conselhos locais de saúde, organização das linhas de cuidado, logo, com muita interlocução com os centros especializados e hospitalares do município. Outras atividades desenvolvidas foram a elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos, instrumentalização das equipes quanto a processos de escuta qualificada e acesso aos serviços de saúde, elaboração de projeto terapêutico do território e projeto terapêutico singular.

Nos processos de qualificação e educação permanente realizados contamos com o apoio de renomados pesquisadores da saúde coletiva, como Emerson Mehry, Laura Feweverker, Tulio Franco, entre outros, que foram fundamentais para o fortalecimento de todo o processo desenvolvido pela gestão municipal. Essa experiência foi muito rica, e suscitou meu interesse em aprofundar meus conhecimentos nesse campo. Me apaixonei por várias temáticas como o planejamento em saúde, políticas públicas, participação popular, e tinha um enorme desejo de ter uma atuação mais aplicada nesse campo.

No período de 2009 a 2011 fiz parte da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, também no município de João Pessoa, que também trouxe ricas experiências a partir do trabalho e vivências nas comunidades do Grotão e Maria de Nazaré.

Sou muito grata a tudo que aprendi com as pessoas e profissionais de lá. O trabalho de conclusão de curso foi intitulado "Aspectos Antropométricos, Nutricionais e de Atividade Física em Escolares do Bairro do Grotão, João Pessoa/PB", que foi resultado de um trabalho em conjunto entre os profissionais das eSF adjacentes e a escola pedra do reino.

Foi também em 2011 que tive uma curta atuação como coordenadora do setor de nutrição de hospital municipal referência em pediatria, também na perspectiva de trabalho em articulação com os demais pontos de atenção da rede e em alinhamento com o conselho local de saúde da localidade, mas que trouxe muitos aprendizados.

Ainda nesse ano tive a oportunidade de vir a trabalhar na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, quando havia o interesse no Departamento de Atenção Básica, de melhorar os processos de articulação interfederativa a partir do processo de apoio institucional. A partir de então, pude acompanhar vários processos participativos na CGAN, no DAB, além de outras instâncias, como CONSEA, CNS E CAISAN, no intuito de ampliar o entendimento sobre a PNAN e outras políticas públicas que atuam na melhoria das condições de saúde da população brasileira.

A PNAN, tendo como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira necessita para sua efetiva implementação, da implicação dos diferentes entes federativos: União, estados e municípios. Aos municípios cabe o papel implementador das políticas públicas e como tal, a forma como identifica as necessidades locais e define como intervir sobre essas é determinante sobre a forma de execução da política, havendo fatores que podem colaborar ou dificultar.

Dessa forma é vital fortalecer os processos de gestão e monitoramento, permitindo a identificação dos principais nós críticos e definição das melhores formas de apoiar as secretarias municipais de saúde no processo implementador.

O desejo de identificar como se deu o processo de implementação da PNAN nos municípios brasileiros e apontar possíveis estratégias para melhorar os processos de comunicação e gestão entre os entes federativos me estimularam a desenvolver a presente pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a Promoção de Práticas Alimentares Adequadas e Saudáveis (PAAS), a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2011).

Apresenta como diretriz norteadora a organização da atenção nutricional, que é compreendida como os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), para indivíduos, famílias e comunidades. Essa diretriz deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da referida Rede (BRASIL, 2011).

Tal política foi formulada diante das necessidades epidemiológicas, demográficas e nutricionais do país. O primeiro processo é caracterizado pela transição de um padrão de mortalidade por doenças infecciosas para um onde prevalecem as doenças crônicas não transmissíveis. O segundo ocorre em decorrência da redução da taxa de fertilidade e aumento do envelhecimento da população. O último caracteriza-se pela inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco de agravos atribuídos ao atraso e à modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC E MELENDEZ, 2006).

Tendo como principal fonte de informações três estudos transversais realizados nas décadas de 70, 80 e 90, conclui-se que a transição nutricional no Brasil apresentou-se com o rápido declínio da prevalência de desnutrição em crianças e elevação, num ritmo mais acelerado, da prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos (BATISTA-FILHO E RISSIN, 2006). Observou-se, ainda a substituição do consumo de alimentos básicos, como arroz, feijão e farinha para outro com participação cada vez maior de alimentos industrializados, ricos em açúcar, gordura e sal.

Estudo de *Louzada et al*, 2015, realizado com o objetivo de analisar a mudança nos padrões alimentares brasileiro, aponta fortes evidências para o perfil nutricional desfavorável

dos alimentos ultra processados e seu impacto largamente negativo na qualidade da alimentação da população brasileira. Nesse, partiu-se dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares composto pelo registro de consumo alimentar de 13.569 domicílios (24,3% do total de domicílios estudados) e classificaram-se os alimentos referidos em três grupos: alimentos in natura ou minimamente processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados. A partir do padrão expresso nos registros, analisou-se a composição nutricional das dietas e as relacionaram com os padrões nutricionais estabelecidos, classificando a alimentação como adequada ou não do ponto de vista de macro e micronutrientes. Aqueles que tiveram um padrão de dieta com maior participação de alimentos ultra processados tiveram aumento na densidade energética da dieta e dos teores de açúcar, de gordura saturada e de gordura trans e, ainda, diminuição dos teores de fibras e de potássio (LOUZADA et al, 2015).

Tal estudo aponta para a necessidade de investimento para intervir sobre as mudanças observadas nos padrões de consumo da população e contribui com o propósito expresso pelo delineamento das Diretrizes da PNAN para o enfrentamento do atual cenário nutricional da população brasileira.

A partir do propósito de melhorar as condições de saúde da população brasileira por meio de uma alimentação adequada, faz interface com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), uma vez que essa busca assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) a todas e todos os habitantes do território brasileiro, promovendo a soberania e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de modo que tenham 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, é fundamental o respeito à diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável (BRASIL, 2010).

Considerando-se os conceitos trazidos pela PNSAN, a principal expressão de insegurança alimentar e nutricional no país tem sido o excesso de peso/obesidade, que atinge principalmente os estratos mais pobres da população (Franke, Wichmann e Prá, 2008). Nesse sentido deriva a necessidade de implementação de políticas públicas que atuem sobre os principais condicionantes do excesso de peso, buscando não só proteger a população de seus efeitos como também direcionando ações de forma a reduzir as iniquidades. Para tal, a PNAN, em consonância com a PNSAN apresenta um grande potencial.

É ainda consonante com os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), uma vez que para essa Política a alimentação adequada constitui-se como um dos

eixos fundamentais para serem trabalhados, incluindo o alcance dos objetivos do Plano Nacional para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com vistas a enfrentar o que, segundo Malta (2014), se constitui atualmente como o problema de maior magnitude no país, correspondendo a 72% das causas de mortes, apresentando ainda uma forte determinação de iniquidade às camadas mais pobres da população e grupos vulneráveis.

Enquanto política social integrante do SUS, a PNAN deve se utilizar dos preceitos da ciência política para ampliar as contribuições sobre a análise de sua implementação nos municípios brasileiros. Lima e D'ascenzi (2012) argumentam que os estudos sobre implementação está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras.

Quanto ao caráter tripartite inerente à organização do SUS, a PNAN obedece ainda sua estrutura organizacional, necessitando da realização de ações articuladas entre as esferas federal, estaduais e municipais. A pactuação interfederativa constitui-se como um dos preceitos primordiais para que as ações possam ser assumidas e incorporadas no contexto das RAS e com isso consolidarem-se em todo o território nacional. Além disso, essa se compõe como responsabilidade sanitária prevista no Pacto de gestão do SUS, onde as diferentes esferas federativas compartilham responsabilidades para a consolidação das diretrizes do Sistema em todo país (BRASIL, 2011).

A realização da pesquisa justifica-se pela relevância da temática investigada e pela possibilidade de contribuir para o aprimoramento de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Por sua vez, por se tratar de Política Pública de Alimentação e Nutrição pode contribuir por meio da consolidação de suas Diretrizes, com a melhoria das condições de alimentação e de saúde da população brasileira.

Neste sentido, este estudo busca responder a seguinte pergunta: Considerando os repasses financeiros realizados pela União para a estruturação e a implementação das ações de alimentação e nutrição, como vem se dando o processo de implementação da PNAN nos municípios brasileiros?

2 MARCO TEÓRICO

O Marco teórico introduz o histórico da formulação da PNAN, trazendo seu contexto e principais atores envolvidos. Em seguida é falado sobre os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional em curso no país e sobre a necessidade de estruturação do sistema de saúde em Redes de atenção à Saúde por sua adequação em relação às necessidades sanitárias. Por fim, retrata-se sobre a articulação da PNAN com as Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional e Política Nacional de Promoção da Saúde.

2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

De acordo com o disposto na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício. Nesse sentido, a alimentação é tratada como um dos determinantes e condicionantes de saúde, uma vez que os níveis de saúde são expressos pela organização social e econômica do país.

Destaca ainda, que compete à Direção Nacional do SUS “formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição” e ao estabelecer à criação de Comissões Intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, a alimentação e nutrição compõe-se de uma dessas áreas (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição constitui-se por uma política social e como tal obedece a seus preceitos e denominações. Para compreendê-la é necessário conhecer alguns conceitos que permeiam as políticas públicas, além de estudos que se propõem à análise de políticas, permitindo, então elucidar sobre como se deu seu processo de formulação, quais os fatores que influenciaram sua entrada na agenda política e os principais obstáculos para sua implementação.

Há várias concepções a respeito de Política Pública, segundo o cientista político Thomas R. Dye (1923, p. 2) apud Heidemann e Jenkins (2014, p. 31), trata-se de “tudo aquilo que

os governos escolhem fazer ou não”. Já William Jenkins apud Howlett et al., (2013, p. 8) a define como:

[...] um conjunto de decisões - relacionadas - tomadas por um ator ou grupo de atores políticos - que se referem à seleção de objetivos e dos meios necessários a alcançá-los, no âmbito de uma situação especificada em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance dos mesmos atores.

Fleury e Ouverney (2013), apresentam uma visão mais abrangente sobre a política pública, apontando que essa pode apresentar diferentes interesses e não apenas aqueles voltados à reprodução dos direitos de indivíduos e coletividades e estaria submetida aos modelos de proteção sociais existentes. Dessa forma, ao estar atrelada a modelos de proteção sociais, seria definida como uma política social ou como “um conjunto de ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social” que tradicionalmente abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação. Cada uma delas está voltada para a proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados.

Assim, as políticas sociais tratariam dos planos, programas e medidas necessárias ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aqueles aos quais se atribui a condição de cidadãos e seu Estado (TEIXEIRA, 1985, apud FLEURY E OUVERNEY, 2013).

Considerando, ainda a política de saúde uma política social, Fleury (2013, p. 17) a define como uma interface entre Estado, sociedade e mercado. O Estado sendo representado como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, a sociedade como a interação entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros) com os poderes públicos e mercado como a relação entre consumidores e provedores de bens e serviços.

Da mesma forma, Mattos (2011) partilha da compreensão de que a definição de política pública não pode se restringir ao que se promove a partir dos Estados e seus governos, devendo ser considerados os movimentos que podem possibilitar a inclusão, mudança ou entrada de novos temas na agenda decisória do Estado. Para a análise de políticas

públicas é necessário saber quem foram os participantes do processo político e como se definiram os rumos da ação política, incluindo os embates e disputas e considerando o que ficou e o que foi abolido na política oficial.

Considerando os conceitos expostos, é possível observar no processo de formulação da PNAN os movimentos desempenhados pelas diferentes esferas sociais que desencadearam sua instituição no ano de 1999.

No contexto político na década de 70, o Brasil adotara as recomendações de organismos internacionais para atrelar políticas nutricionais ao planejamento financeiro nacional, surgindo o I e II Planos Nacionais de Desenvolvimento. O Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF, 1977), revelou que 67,0% da população apresentava um consumo energético inferior às necessidades nutricionais mínimas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como consequência, 46,1% dos menores de cinco anos, 24,3% dos adultos e idosos brasileiros do sexo masculino e 26,4% do feminino apresentando desnutrição energético-proteica (ARRUDA E ARRUDA, 2007).

Dessa forma, em 1972 foi instituído o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que atuou por 25 anos, sendo responsável pela formulação e implementação do I e II Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PRONAN), pautados pelo desenvolvimento das linhas de ação de suplementação alimentar, racionalização do sistema de produção e comercialização de alimentos, focando-se no pequeno produtor e atividades de complementação e apoio (enriquecimento de alimentos para combate às carências nutricionais, realização de estudos e pesquisas e capacitação e formação de recursos humanos).

Na década de 90, entretanto, houve uma melhora no estado nutricional da população brasileira, sendo atribuída a um aumento moderado da renda familiar e expansão da cobertura de programas e serviços sociais, entre eles o de alimentação e nutrição. A prevalência de desnutrição em crianças de um a quatro anos de idade caiu de 19,8% para 8,6%, enquanto que a prevalência de obesidade na mesma faixa etária manteve-se inalterada. Já era conhecido o fenômeno da transição nutricional, no entanto devido ao contexto político e econômico desfavoráveis as investigações nesse campo não foram priorizadas (VASCONCELOS, 2005).

Na década de 80 o Brasil vivia um momento de redemocratização, com a recente aprovação da constituição "Cidadã" brasileira (1988), encontrando-se forte parcela da sociedade tencionando para a instituição de Políticas que pudessem efetivar os Direitos conquistados, surgindo, assim, o (SUS) e sendo impulsionada a formulação da PNAN.

Em 1997 o INAN foi extinto e a partir de então se criou, em 1998, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), na então, Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (M.S.), que desencadeou um processo democrático de consulta e discussão para a elaboração de uma nova política de alimentação e nutrição, que definisse as obrigações do setor saúde para o alcance da segurança alimentar e nutricional (ARRUDA E ARRUDA, 2007).

O processo culminou com a aprovação da (PNAN), com a Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999 do Ministério da Saúde, tendo como propósito:

[...] a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciassem o acesso universal aos alimentos. (Leão e Castro p. 522, 2007).

Neste sentido, os componentes dessa Política revelaram o intuito de garantia do direito humano à alimentação e nutrição, bem como denotam que as práticas para alcançá-lo extrapolam os limites do setor saúde e implicam ampla articulação com outros setores governamentais e segmentos da sociedade e do setor produtivo (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

Em 2006 foi publicada a Lei 11.346, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Nela foi exposto o conceito de segurança alimentar e nutricional como:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006, pg. 01).

Dentro de um contexto oportuno, em 2009 passados dez anos da publicação da PNAN, iniciou-se o processo de sua revisão, considerando os avanços ou não de sua Implementação na forma de gestão interfederativa, bem como a nova composição dos cenários epidemiológico, demográfico e nutricional brasileiros.

Em parceria com a CIAN, do CNS, o MS, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais cujo término se deu em 10 de abril de 2010 e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN 10 ANOS) que ocorreu em Brasília de 08 a 10 de junho de 2010; tais seminários contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de

Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

A análise da operacionalização da PNAN pelas gestões federal, estadual e municipal revelou um frágil diálogo intersetorial e de negociações externas pela esfera federal devido à baixa autonomia e força política da coordenação responsável. Este tipo de situação repercutiu nas esferas estaduais e municipais traduzindo-se numa insuficiente atuação técnica e política no campo da alimentação e nutrição, baixa adesão dos programas da área no SUS devido à insegurança do financiamento e ausência de organização administrativa que desse suporte, além da fragilidade institucional pela insuficiência de regulações - normas, decretos e leis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Foram apontados méritos também, como a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SVAN) em mais de 20 mil unidades de saúde, o desenvolvimento de pesquisas e financiamento contínuo para a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA) e a criação do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que permitiu o repasse de quase 40 milhões de reais a Estados e Municípios visando à estruturação das ações de Alimentação e Nutrição (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2010).

Foi ainda em 2010 que ocorreu mais um grande marco para a área, com a publicação da emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, inserindo alimentação como um Direito social.

Os cenários epidemiológico, demográfico e nutricional também sinalizaram a necessidade de discussão e revisão no texto da política, pois houve intensificação dos processos pelos quais o país vinha passando. Estas avaliações apontaram a necessidade de uma reestruturação no texto da PNAN de forma que esta se adequasse às novas realidades evidenciadas e para que estivesse em sintonia com as novas conformações de gestão e atenção à saúde adotada pelo SUS.

Nesse sentido, seus princípios revisados constituíram-se de (a) Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, (b) O respeito à diversidade e à cultura alimentar, (c) O fortalecimento da autonomia dos indivíduos, (d) A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição, (e) A segurança alimentar e nutricional com soberania. As novas diretrizes que passaram a integrar o texto da Política constituíram-se de:

1. Organização da Atenção Nutricional, que se faz necessária para atender as demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu

diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e a promoção da saúde. Essa Diretriz apresenta como desafio a estruturação dos serviços de saúde de forma a organizar as ofertas de alimentação e nutrição de forma integrada na Rede de Atenção à Saúde.

Nesse aspecto, aproxima-se do conceito de integralidade exposto por Mattos, 2004, quando postula que para o seu exercício faz-se necessário à oferta da assistência, aliada à habilidade para pactuar e até mesmo negociar com os usuários ações de prevenção e promoção da saúde. Alheio de considerar que essa visão seria utópica, ele cita alguns exemplos de práticas adotadas por serviços de saúde que convergem com essa ideia, como as propostas de acolhimento, escuta qualificada, flexibilização das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde e clínica ampliada.

2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável visando que esta deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificados.

3. Vigilância Alimentar e Nutricional, devendo ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, considerando que as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das ações de alimentação e nutrição.

5. Participação e Controle Social por considerar que a formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ou caráter consultivo.

6. Qualificação da Força de Trabalho, por tornar-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

7. Controle e Regulação dos Alimentos, sendo justificada pelo aumento do consumo de refeições fora do lar e pelo avanço da tecnologia, que contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética.

Não obstante a formulação de uma Política com o objetivo de enfrentar o cenário de crescimento da obesidade e de transição nos padrões de consumo alimentar, cabe, no entanto posicionar o papel do mercado, uma vez que este exerce influência sobre a formulação e entrada da PNAN na agenda política; corroborando com esta reflexão, Pinheiro e Carvalho (2008) questionam até que ponto esse setor aceitaria abrir mão das estratégias de lucro e de marketing para promover uma alimentação mais saudável em parceria com o Estado. Então, entra em questão a necessidade de fazer avançar medidas de regulamentação do comércio e propaganda de alimentos, apoio a campanhas de promoção do aleitamento materno e alimentação saudável em geral, propostas de regulamentação para promoção de ambientes saudáveis em escolas e ambientes de trabalho.

8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição, sendo de fundamental importância manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostas pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS.

9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), considerando que a sua garantia para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

É importante investir em políticas públicas de promoção da saúde para reduzir os efeitos nocivos do avanço das estratégias de marketing e o consumo que interferem sobre a saúde dos brasileiros e na implementação da PNAN.

2.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, DEMOGRÁFICA E NUTRICIONAL BRASILEIRA E A NECESSIDADE DE ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Almeida-Filho (2010) assevera que o paradigma médico hegemônico, ou Flexneriano¹, muito influenciou o ensino médico em ciências da saúde no Brasil, principalmente a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar. A forma de organização dos serviços derivada desse modelo foca-se na perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais e estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Uma concepção diferente da de Flexner passou a ser difundida a partir do relatório do inglês Dawson, publicado em 1920, o qual apresenta uma descrição completa de uma rede regionalizada. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

Kuschnir, (2010) descreve que na introdução do relatório é explicitado que seu objetivo só poderia ser alcançado através de uma nova organização, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa. Foi proposto que para cada dado território, os serviços fossem organizados para atenção integral à população com base formada por serviços "domiciliares" apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação, sendo a "porta de entrada" do sistema, que empregaria os General Practitioners (GP) - os médicos clínicos generalistas, que já então trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social. Essa concepção começou a exercer mais influência sobre a organização do sistema de saúde brasileiro a partir da reforma sanitária.

No Brasil, segundo Silva (2011) , desde a consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, há esforços para o estabelecimento da universalização do acesso e promoção da descentralização, regionalização e integração com formação de redes assistenciais. O mesmo autor enfatiza que as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condições estruturais mais adequadas para a efetivação da integralidade da atenção, além da redução dos custos dos serviços.

O modelo de atenção focado na estruturação das RAS é mais eficiente considerando um contexto epidemiológico complexo como o brasileiro. A fragmentação das ações e serviços de saúde no SUS continua sendo um desafio a ser superado, assim como o modelo de

¹ Abraham Flexner foi um pesquisador social e educador norte-americano de origem judia, comissionado pela Carnegie Foundation. Foi autor do livro *Medical Education in the United States and Canada*, que ficou conhecido como Flexner Report, ou Relatório Flexner, publicado em 1910. Entre os resultados deste relatório constam inúmeras recomendações para a sistematização do ensino médico, entre as quais vale a pena mencionar a ênfase na pesquisa biológica e na especialização médica como principais suportes da medicina, procurando superar o caráter empírico das práticas e do ensino médico.

atenção à saúde centrado em ações curativas, posto que esse não atende às necessidades sanitárias no país.

A compreensão do cenário epidemiológico, demográfico e nutricional brasileiro é importante para dimensionar a importância da organização dos serviços e ações de saúde em Redes e acompanhar algumas estratégias empreendidas pela gestão tripartite do SUS para implementar esse modelo no país.

Conforme estudos realizados por Omram, (2001); Santos-Preciado et al., (2003), a transição epidemiológica é caracterizada por mudanças ocorridas no tempo, nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM, et al, 2004).

No Brasil, como em outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA, 2011).

Mendes (2010) coloca que a situação epidemiológica brasileira distancia-se da vivenciada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada além do forte crescimento das causas externas.

Quanto à transição demográfica, caracteriza-se pelas mudanças em relação à estrutura etária da população, observando-se reduções na taxa de crescimento populacional, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos consideradas idosas (IBGE, 2009).

No período de 1980 a 2005, houve um aumento na expectativa de vida de 8,7 anos para os homens e 10,2 anos entre as mulheres, no País como um todo. Os maiores ganhos aconteceram nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em torno de 10 anos, sendo que,

nas Regiões Sudeste e Sul, os valores foram levemente inferiores, possivelmente em decorrência da alta incidência da violência entre os homens. Apesar disso, nestas regiões os valores da esperança de vida alcançam as maiores cifras, particularmente entre as mulheres (IBGE, 2009).

Em síntese, as informações sobre a esperança de vida ao nascer apontam, claramente, para um processo de envelhecimento populacional no país, o que vai exigir novas prioridades na área das políticas públicas a serem direcionadas para grupos populacionais específicos.

Segundo Popkin (2002, p. 01, apud Jaime e Santos, (2014, p. 73) entende-se por transição nutricional um processo no tempo que corresponde às mudanças de padrões nutricionais de populações, essencialmente determinadas por alterações na estrutura da dieta e na composição corporal dos indivíduos, resultando em importantes modificações no perfil de saúde e nutrição. A transição nutricional está relacionada com uma complexa rede de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde, envolvendo fatores tais como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais.

Esse processo ocorreu de forma lenta e gradual nos países desenvolvidos, mas vem ocorrendo de maneira mais acelerada e devastadora nos países em desenvolvimento. Isto porque embora os fatores genéticos estejam fortemente associados à massa corporal, fatores ambientais, culturais e sociais também são preponderantes sobre os padrões de sobrepeso afirma Sotelo, (2004). Também, vários estudos associaram a transição nutricional no Brasil com dupla carga de agravos: desnutrição e obesidade, frequentemente com ocorrência no mesmo grupo familiar, principalmente no meio urbano e famílias de baixa renda (DOAK et al, 2005) e (CNDSS, 2008).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE revelou mudanças nos padrões alimentares, havendo uma diminuição no consumo de alimentos básicos e aumento no consumo de alimentos refinados, processados e com alto teor de sódio, açúcar e gordura.

Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) confirmou tal tendência e apontou diferenças significativas nos padrões de consumo entre as Grandes Regiões e segundo as faixas etárias. Essa constatou que o consumo recomendado de frutas e hortaliças na população adulta (percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade) foi de 37,3%, sendo diretamente proporcional à idade e escolaridade e inversamente à cor da pele preta e parda.

Segundo Lavras, (2011), o cenário de transição demográfica e epidemiológica brasileiras exige uma reestruturação do sistema de saúde que contemple a complexidade

inerente a esses processos, uma vez que, atualmente, o SUS encontra-se mais preparado para atender às condições agudas que se apresentam nesse contexto do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados.

A autora retrata ainda que, atualmente, devido à fragmentação do SUS, que apresenta dificuldade de acesso e descontinuidade assistencial, o sistema não dá conta de responder adequadamente às exigências de saúde colocadas.

Segundo a Portaria que estabelece Diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, a organização desta, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Segundo a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, esta é definida como: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São características da RAS:

1. A Formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, havendo o reconhecimento de que todos são importantes para a garantia da atenção à saúde.
2. Atenção básica ser o centro de comunicação da RAS, uma vez que é o ponto de atenção que se encontra mais próximo do usuário, e portanto, com o potencial de estar mais acessível e ter um maior vínculo com o mesmo.
3. Ordenar o Planejamento e Organização das ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica, devendo os serviços de saúde basear-se no diagnóstico da população adscrita, considerar os fatores e determinantes de saúde dessa população para o emprego de ações baseadas em evidências científicas devidamente constatadas.
4. Oferta de uma atenção integrada e contínua, com uma atenção básica resolutiva e capaz de suprir 80% da necessidade sanitária da população.
5. Cuidado multiprofissional, devido à necessidade de um olhar ampliado e atento às condições multicausais.
6. Compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados em termos sanitários e econômicos, que versa sobre o equilíbrio necessário entre as ações e estratégias

empregadas para superar os problemas de saúde, mas com ações custo-efetivas, com vista à sustentabilidade do sistema.

Baseada nos principais agravos da população brasileira, as RAS definidas como prioritárias pelo governo brasileiro e instituídas pelo SUS foram a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

No Brasil, os atributos da atenção primária à saúde traduz-se na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Essa se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica se configura como principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, que foi adotada como estratégia para o reordenamento dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma prioritária de expansão e organização da Atenção Básica, onde equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica limitada. As equipes atuam em integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como a sua resolubilidade, foram criados os NASFs, estes se constituem de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar as ESF, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas como os consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e as da academia da saúde. As equipes do NASF estão vinculadas ao território das Unidades de Saúde da Família (USFs), e atuam no apoio matricial compartilhando suas práticas e saberes com as ESFs para elevar a saúde da coletividade (BRASIL, 2011).

No contexto da equipe do NASF o nutricionista apoia as ESF na implementação da PNAN, cujo propósito é a melhoria das condições de alimentação, saúde e nutrição da população brasileira, reafirmando os princípios da PNAN, como segurança alimentar e nutricional com soberania; respeito à diversidade, à cultura alimentar e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, em consonância com os princípios do próprio SUS, sendo expressada na organização de suas ações e nos processos de gestão sob a forma da atenção nutricional, uma de suas diretrizes norteadoras.

A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, então os profissionais de área devem contribuir para a formação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL,2011).

A organização da atenção nutricional deve se dar a partir das prioridades sanitárias de cada território, observando e considerando os riscos e as vulnerabilidades apresentadas com maior frequência e relevância. Tendo em vista que as principais expressões de insegurança alimentar e nutricional tem sido relacionadas com às carências, referentes à desnutrição e as nutricionais específicas, como os excessos, relacionados com à obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, a atenção nutricional deve ser norteadada a partir desses fatores.

Considerando a AB como coordenadora e ordenadora do cuidado, nesse ponto da atenção devem haver ofertas para o enfrentamento dos principais agravos em alimentação e nutrição, devendo as ESFs e as equipes dos NASFs estarem sensibilizadas e devidamente qualificadas para intervirem de acordo com as especificidades de cada fase do curso da vida, de gênero, de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais (Brasil 2011).

Algumas Redes implementadas pelo SUS fazem interface com a PNAN, como a Rede Cegonha, por se constituir de uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Em relação ao planejamento reprodutivo, que envolve o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização da informação em saúde, além de outras medidas, passou a integrar a esfera da Saúde Pública, e não mais a esfera biomédica.

Sobre a assistência pré-natal, o MS enfatiza que a gestação caracteriza-se por um período de mudanças físicas e emocionais, determinando que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de

apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade sobre o que acontece com o seu corpo (BRASIL, 2000).

Segundo Navajas Filho (1997), o mais importante para a equipe e, em particular, para os enfermeiros que prestam cuidado às gestantes no pré-natal, é conhecer o que está acontecendo com elas e saber que, por trás de toda pergunta, aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes. Infere-se, portanto, que o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do concepto.

As atividades de comunicação/informação em saúde devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências podem ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação.

As ações de alimentação e nutrição voltadas à fase do pré-natal e do puerpério constituem-se da promoção do aleitamento materno e alimentação complementar em período oportuno, também a vigilância alimentar e nutricional para a prevenção de ganho de peso insuficiente ou excessivo; a prevenção e tratamento das deficiências nutricionais específicas (anemia ferropriva); assim como a atenção diferenciada às gestantes em situação de vulnerabilidade social, a exemplo das beneficiárias dos programas sociais de transferência de renda.

Em relação à atenção à saúde da criança, cabe mencionar as orientações a respeito do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por equipes multiprofissionais, da qual o nutricionista pode participar qualificando o processo, trazendo a importância da alimentação adequada e saudável, a educação alimentar e nutricional e prevenção das carências nutricionais mais prevalentes.

No Brasil, nestes últimos anos, muitos esforços foram empreendidos para melhorar a saúde infantil, resultando em sensível diminuição, tanto das taxas de mortalidade infantil, quanto das de desnutrição. Nesta última década a redução observada nas mortes infantis foi de 38%, com uma queda da mortalidade de 48/1.000 nascidos vivos em 1990, para 29,6/1.000 em 2000. Muitos são os avanços, entretanto, ainda existem contrastes nas chances de sobrevivência infantil entre as diferentes regiões brasileiras. A região Nordeste, por exemplo, concentra metade dos óbitos infantis do país, o que tem demandado intensificar ações que possibilitem conciliar educação, geração de renda, saneamento básico, alimentação adequada e oferta de serviços de saúde de qualidade, no sentido do desenvolvimento humano em todo seu potencial.

O MS vem apoiando o desenvolvimento de estratégias para a efetiva e gradual redução da mortalidade infantil contando, principalmente, com a pactuação entre estados e municípios e com o compromisso dos gestores em adotar uma agenda voltada para a sobrevivência infantil. Como reforço às ações, o MS tem promovido a capacitação de equipes multidisciplinares da rede do SUS, nos níveis de atendimento da assistência básica, da média e alta complexidades, sempre priorizando a humanização da atenção, além de estabelecer importantes parcerias com diversos organismos nacionais - governamentais e não-governamentais - instituições internacionais e a sociedade civil organizada.

Neste sentido a VAN é um componente transversal às (RAS), sendo aplicada aos diferentes ciclos de vida e condições de saúde. O seu Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado é recomendado pelo Marco de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, o qual, abrange as etapas de coleta de dados e produção de informações, análise e decisão, ação e avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no âmbito individual, nos atendimentos de rotina nas UBSs ou em domicílio, quanto no coletivo.

Quando se analisam as informações consolidadas por território relativas às informações produzidas a partir das práticas de vigilância em saúde das equipes de AB, inclusive acerca de alimentação e nutrição, estas subsidiam os profissionais e os gestores no aprimoramento e na definição de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado. Os dados consolidados das ações de (VAN) podem, por exemplo, apoiar os profissionais dos NASF na discussão e análise de casos e incidentes críticos e na elaboração de critérios de estratificação de risco e vulnerabilidade para determinado grupo de usuários (BRASIL, 2015).

A concepção da Linha de Cuidado (LC) parte da missão institucional do estabelecimento e ou serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado. A LC é alimentada por recursos ou insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família da atenção básica, nos serviços de urgência, consultórios, ou em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar dentre outros (MALTA et al., 2004; MERHY, CECÍLIO, 2003 apud MALTA, MERHY, 2010).

Outra Rede de atenção que tem as ações de alimentação e nutrição como componente transversal, é a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a qual apresenta

Diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária, no âmbito do SUS. Estão entre as suas diretrizes:

1. O diagnóstico da população assistida pelo SUS de modo a identificar o estado nutricional dos indivíduos de acordo com a fase do curso da vida.

2. Organização da oferta integral de cuidados na RAS por meio da definição de competências de cada ponto de atenção e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles.

3. Estratificação de risco da população de acordo com a classificação de seu estado nutricional.

4. Utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

5. Investigação e monitoramento das principais determinantes do sobrepeso e obesidade.

6. Articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis.

7. Garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

8. Formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

9. Garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para o tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas.

10. Garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O conceito de Promoção da Saúde tem como referencial teórico a Carta de Ottawa e a busca da redução das iniquidades em saúde, visando o empoderamento dos indivíduos e grupos. Tem como finalidade ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades para atuarem sobre os fatores que afetam sua saúde e a qualidade de vida, com maior participação no controle desse processo. A abordagem integrada sobre os fatores de risco evitáveis, como tabagismo, alcoolismo, inatividade física, alimentação inadequada e não saudável e obesidade atuará nos quatro principais grupos de DCNT: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, além de proporcionar também benefícios para as demais (MALTA, et. al, 2014) e (BRASIL, 2014).

Tendo como propósito a promoção de hábitos alimentares adequados na população brasileira para intervir sobre os padrões sanitários apresentados, a PNAN corrobora com os designios da PNPS. Essa última almeja promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

A alimentação saudável, além de se constituir como um importante determinante social e de saúde, é um forte elo entre a PNAN e PNPS, juntamente com outras ações, tendo como propósito a redução dos fatores de risco evitáveis já citados.

Em busca da realização de ações articuladas entre a vigilância e a oferta de serviços e ações de saúde para o enfrentamento do atual quadro epidemiológico são realizadas estratégias de diferentes âmbitos. Entre essas podem ser citadas a realização de pesquisas para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e os principais agravos que acometem a população, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) e o inquérito de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL); formulação de programas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde, em busca de ofertar intervenções à realidade apresentada e sobretudo Planos, como o Plano de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das (DCNT) no Brasil, 2011-2022 visando direcionar e monitorar de forma mais efetiva o andamento das ações implementadas.

Considerando um cenário de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, portanto complexo, estratégias de amplo espectro, que possam alcançar o maior número de pessoas possível são as mais indicadas e que apresentam um maior potencial de impacto.

Neste sentido a PENSE é uma pesquisa realizada com escolares adolescentes, trienalmente, desde 2009, em parceria com o IBGE e com o apoio do Ministério da Educação (MEC), cujo objetivo é subsidiar o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção à Saúde em Escolares do Brasil, atualizando os dados de prevalência e distribuição dos fatores de risco e proteção à saúde em estudantes. Além disso, identifica as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde em escolares, em especial o Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE é um programa interministerial e intersetorial, resultado de uma parceria entre os MS e o MEC e tem como objetivo reforçar a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças entre os estudantes brasileiros, como também o de construir uma cultura de paz nas escolas.

O Programa estrutura-se em quatro módulos: o primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle da cárie), acuidade visual e auditiva e, ainda, avaliação psicológica do estudante. O segundo trata da promoção da saúde e da prevenção voltadas para as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, além da abordagem à educação sexual e reprodutiva e o estímulo à atividade física e práticas corporais. O terceiro bloco do Programa se destina à educação permanente e à capacitação de profissionais e de jovens. Essa etapa está sob a responsabilidade da Universidade Aberta do Brasil, do MEC, em interface com os Núcleos de Telesaúde, do MS, e observa os temas e a constituição das equipes que atuarão nos territórios do PSE. O último prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas. O resultado da 1ª pesquisa serviu para que as escolas e as equipes de saúde tivessem parâmetros para a avaliação da comunidade estudantil. A segunda pesquisa foi elaborada e aplicada no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas SPE, proposto pelo Governo Federal desde 2005. Essa sondagem consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS (PORTAL MEC, 2017).

Os resultados mais recentes da PENSE, divulgados em agosto de 2016 revelaram que o consumo semanal igual ou superior a cinco dias de alimentos Marcadores de Alimentação Saudável (MAS) entre estudantes brasileiros do 9º ano, em 2015, atingiu 60,7% para feijão,

37,7% para legumes e 32,7% para frutas frescas. Em comparação com o estudo realizado em 2009 esse resultado representa uma redução de pouco mais de 10,0% na proporção de alunos com consumo semanal de feijão igual ou superior a cinco dias, associada ao crescimento (51,3 %) daqueles que referiram não terem consumido a leguminosa na semana anterior à pesquisa. Quanto às frutas, não houve diferença estatisticamente significativa no consumo dessa população (IBGE, 2016).

Para os alimentos Marcadores de Alimentação não Saudável (MANS), os percentuais chegaram a 13,7% para salgados fritos, 41,6% para guloseimas, 26,7% para refrigerantes e 31,3% para ultraprocessados salgados. Dados do mesmo período, para os alimentos MANS, indicam melhora no perfil de consumo dos escolares residentes nos municípios das capitais: não obstante o crescimento de 16,0 % no relato de consumo de salgados fritos, houve redução relativa nas proporções de consumo de guloseimas (-17,9 %) e refrigerantes (-22,6%) (IBGE, 2016).

A PNS reúne um conjunto de informações de abrangência nacional de grande relevância como subsídio à formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, para o alcance da maior efetividade de suas ações. É promovida pelo (MS) e pelo (IBGE), sendo 2013 o ano de realização de sua mais nova edição.

Entre os indicadores de estilo de vida avaliados nessa pesquisa relacionados à alimentação estiveram: (1) frequência de consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais vezes ao dia (equivalente a cinco porções ao dia); (2) consumo regular de feijão (consumo em cinco ou mais dias da semana); (3) consumo de carnes com excesso de gordura (hábito de consumir carnes com gordura visível e ou frango com pele, para aqueles que consomem o alimento ao menos uma vez por semana); e (4) consumo regular de refrigerante (consumo de refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana).

Verificou-se uma prevalência no consumo de frutas e hortaliças de cerca de 40%, e de feijão, próxima aos dois terços da população. Entretanto, o consumo de alimentos não adequados à saúde também foi elevado: o de refrigerantes foi relatado por cerca de um quarto, e o consumo de carnes com excesso de gordura, por dois quintos da população (MALTA, 2015).

Os resultados das pesquisas apontam um cenário que demandam esforços para reverter os principais riscos à saúde dos brasileiros e o fortalecimento de políticas e programas que corroborem com esse propósito são necessários.

Dessa forma elaborou-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que teve como objetivo definir e priorizar as ações e

investimentos necessários para preparar o país para o seu enfrentamento no período de dez anos. Para sua consecução foram definidas diretrizes para orientar ou redefinir os instrumentos operacionais que o implementariam, como ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades.

O delineamento das Diretrizes do Plano desdobraram-se em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral, em que a alimentação saudável se apresenta como um dos eixos fundamentais para serem trabalhados a fim de alcançar os objetivos.

Além disso, são previstas ações como: (1) a promoção da alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), (2) o aumento da oferta de alimentos saudáveis por meio do estabelecimento de parceria com a sociedade civil (agricultores familiares) para aumento da produção de alimentos “in natura” tendo em vista o acesso a esses produtos; (3) Estabelecimento de acordo com o setor produtivo de alimentos e parceria com a sociedade civil, com vistas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos; (4) Proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo; (5) implantação do Plano intersetorial de prevenção e controle da obesidade e a regulamentação da publicidade de alimentos, principalmente aquela dirigida à criança.

As ações do Plano são abrangentes, portanto, confluem com o propósito da PNAN, que por sua natureza intersetorial, se insere na PNSAN, assim como no SUS, constituindo-se como potente instrumento para implantação das ações no enfrentamento das DCNT e na melhoria das condições de saúde da população brasileira por meio da promoção da alimentação adequada e saudável.

Cabe ressaltar que em 2007 a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes e que apesar de elevada, observou-se redução de 20% na última década, atribuídas, principalmente à redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram no mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão do PAB, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010 (SCHMIDT, 2011).

Por sua vez, o quadro epidemiológico não está desvinculado das transformações pelas quais a sociedade moderna tem passado. As DCNT e as causas de adoecimentos relacionam-se com a cultura, o consumo alimentar e os modos de viver de uma população, que se

encontram inseridos num sistema alimentar, vinculando-se também a fatores sociais inerentes a esse processo. É nesse contexto que se apresenta a conexão entre a política nacional de promoção da saúde e a de Segurança Alimentar e Nutricional.

A segurança alimentar e nutricional tem como conceito:

[...] a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (CONTI, 2009,p. 62).

As situações de insegurança alimentar e nutricional podem ser expressadas a partir de diferentes tipos de problemas, tais como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente e bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural.

Isso significa que a insegurança alimentar e nutricional apresenta duas expressões: a da fome e subnutrição, quando as pessoas não conseguem obter alimentação diária em quantidade e qualidade suficientes para suprir as necessidades de energia requeridas para a manutenção de seu organismo; e a da má-alimentação, que é quando as pessoas apresentam uma alimentação inadequada em termos quantitativos ou qualitativos ocasionando altos índices de obesidade e doenças afins, como diabete e hipertensão dentre outras (CONTI, 2009).

Decorrentes de um processo de mobilização social desde a elaboração do Projeto de Lei até a pressão no Congresso Nacional, em setembro de 2006 o Presidente da República sancionou a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN, n. 11.346), que incorpora os princípios da legislação internacional, representa a consagração de uma concepção abrangente e intersetorial de SAN, reafirma os princípios da Soberania Alimentar e do DHAA e cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Este Sistema teve sua gestão integrada, através da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), numa compreensão de que a SAN deve ser transversal às ações das demais áreas de atuação dos governos, com destaque à participação social através do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (CONTI, 2009).

A alimentação adequada e saudável é o fim da cadeia, no sentido de que há uma grande teia que se inicia desde a distribuição da terra, definição das sementes e técnicas agrícolas, colheita, técnicas de processamento, distribuição, até o acesso ao consumidor.

As transformações da sociedade moderna, com aumento no processo de urbanização, melhora do poder aquisitivo das famílias, aumento do número de refeições fora de casa, influenciou o consumo alimentar dos brasileiros, afetando o sistema alimentar.

Canesqui e Garcia (2005), corroboram com essa afirmação e acrescentam que apesar da abundância aparente, os sistemas de produção e distribuição alimentares atuais não asseguram as necessidades básicas das pessoas, nem a repartição equitativa dos alimentos, nem a capacidade de recuperar os recursos utilizados, tampouco a preservação da identidade cultural. Eles também não favorecem a confiança nos alimentos produzidos nem o desejo, tão humano e legítimo, de preservar e melhorar a qualidade de vida.

Assim se dá a relação entre a PNAN e as Políticas de Promoção da Saúde e de Segurança Alimentar, fazendo-se necessário compreender seus laços no intuito de uma análise mais abrangente sobre a organização da atenção nutricional no SUS, sendo este o objetivo deste trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implementação de ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvidas (PNAN) nos municípios brasileiros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sócio demográfico dos municípios que receberam o financiamento federal para implementação das ações de alimentação e nutrição;
- Descrever as ações estratégicas relacionadas às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvidas pelas secretarias municipais de saúde que recebem financiamento federal para a estruturação das ações de alimentação e nutrição;
- Analisar a associação entre a implementação de Diretrizes da PNAN por secretarias municipais de saúde no ano de 2015 e a cobertura de Estratégia Saúde da Família apresentada;
- Analisar a associação entre a implementação de Diretrizes da PNAN por secretarias municipais de saúde no ano de 2015 e o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) implantados.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo quantitativo transversal, de caráter descritivo e exploratório. Dalfovo, Lana e Silveira (2008) apontam que a abordagem quantitativa abrange tudo que pode ser mensurado em números, classificado e analisado. Neste sentido, utilizam-se comumente as técnicas estatísticas, variando das mais simples às mais complexas, ressaltando que nesse método a quantificação é aplicada tanto na coleta de informações, quanto no tratamento destas.

O estudo de campo quantitativo guia-se por um modelo de pesquisa onde o pesquisador parte de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma lista de conseqüências é então deduzida das hipóteses. A coleta de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das conseqüências, e daí então a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses (DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008, P. 32).

No geral, a abordagem quantitativa adota uma estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento, por isto os riscos de distorções são considerados menores. Neste desenho, utiliza-se inicialmente o raciocínio dedutivo e as generalizações (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007).

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os municípios analisados foram aqueles que receberam financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição (FAN) desde 2006. Esse é composto por 179 secretarias municipais de saúde pertencentes a municípios com porte populacional acima de cento e cinquenta mil (150.000 habitantes) e uma secretaria Distrital de saúde, conforme critério estabelecido pelo Ministério da Saúde, contemplando todas as regiões macroeconômicas brasileiras. Não foram estabelecidos critérios de exclusão, podendo fazer parte do grupo investigado qualquer dos municípios que tivessem seus dados disponíveis no

banco de dados, embora tenha havido algumas perdas devido ao não respondimento do questionário por parte de alguns municípios.

4.3 FONTE E COLETA DE DADOS

A fonte dos dados da pesquisa em relação às características sociodemográficas dos municípios foi obtida por meio do acesso às bases de dados secundárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil – PNUD Brasil 2010 e do histórico de cobertura da atenção básica, no qual estavam acessíveis os dados sobre a cobertura de Estratégia Saúde da Família e número de Núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família.

Para as informações sobre o perfil dos municípios em relação à gestão das ações de alimentação e nutrição utilizaram-se os dados disponíveis no sistema FormSUS² que são coletados por meio de inquérito anualmente desde 2013 pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde com o objetivo de monitoramento e avaliação dos repasses financeiros realizados aos entes federativos por essa Coordenação.

No presente estudo foram utilizados os dados coletados no ano de 2016, que teve como período de coleta das respostas pela Coordenação entre 22 de abril a 14 de julho de 2016 com informações referentes aos exercícios financeiros de 2015 e 2016.

Para descrição dos dados selecionados para essa análise foi elaborada uma matriz com as variáveis e indicadores a se investigar, que se constituem das características de estruturação da gestão das ações de alimentação e nutrição dos municípios.

A mesma pode ser visualizada no quadro 1.

² O FormSUS constitui-se de um serviço de criação de formulários e armazenamento dos dados coletados de forma organizada e segura. Esse se encontra disponível na Internet e possibilita a geração de relatórios rapidamente. Foi desenvolvido em software livre e utiliza banco de dados MYSQL 4 e linguagem PHP 5. A instituição responsável pela elaboração dos formulários, e não o DATASUS apresenta autonomia para criação e disseminação dos dados e, portanto, é responsável por esse.

Quadro 1 Descrição das variáveis consideradas para análise sobre a implementação de ações da PNAN pelas secretarias municipais de saúde

VARIÁVEIS E SEREM PESQUISADAS PARA ANÁLISE DAS AÇÕES DA PNAN IMPLEMENTADAS PELOS MUNICÍPIOS				
Objetivos	Variáveis	Descrição	Método de Cálculo	Fonte de Dados
A - Perfil dos municípios	A1 - PIB Per capita municipal	Soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos no município durante o período de um ano dividido pela sua população (N). É um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região.	$PIB_{pc} = PIB/N$	IBGE
	A2- IDH-M	É uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: longevidade (medida pela expectativa de vida ao nascer, calculada por método indireto, a partir dos dados dos Censos Demográficos do IBGE), educação (medido pela escolaridade da população adulta e fluxo escolar da população jovem) e renda (renda municipal per capita a partir de dados do IBGE).	$\sqrt[3]{IDH_L \times IDH_E \times IDH_S}$ Raiz cúbica da multiplicação dos três IDHs	PNUD
	A3 - Cobertura de Estratégia Saúde da Família	Proporção da população do município atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de eSF} \times 3.450 + (\text{N}^\circ \text{ eAB} + \text{N}^\circ \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000)}{\text{Estimativa da populacional do ano anterior}} \times 100$	Histórico de cobertura da atenção básica 2016
	A4 – Número de Núcleo de Apoio à Saúde da Família implantados;	Os núcleos de apoio à Saúde da Família configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios	Número absoluto de NASF implantado no município	Histórico de cobertura da atenção Básica 2016

		na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde tendo como objetivo ampliar o escopo de ações desenvolvida na Rede de atenção à saúde.		
	A5 - Porte Populacional (Faixas Financiamento)	Constitui-se da divisão de municípios com população acima de 150 mil habitantes em faixas de densidades populacionais semelhantes	Divisão por faixas de 50 mil, 100 mil, 400 mil e 1.500.000 mil, conforme definido pelo Ministério da Saúde em Portaria que estabelece incentivo de custeio para financiamento das ações de alimentação e nutrição - FAN	Portaria FAN (IBGE 2012)
	A6 - Existência de equipe responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição na secretaria de saúde	Variável dicotômica - Dado coletado no banco FormSUS a respeito da existência ou não de uma equipe responsável por gerir as ações de alimentação e nutrição, uma vez que, por se constituir de área transversal, pode ser que suas ações sejam geridas por áreas diferentes, como área programática de saúde da mulher, do idoso, criança, etc ou ter uma área específica que faça articulação com as demais áreas (resposta sim ou não).	Observar parâmetro no banco de dados – Sim ou não	Questionário coletado
	A7 - Número de profissionais que compõem as áreas técnicas responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição.	Nos municípios que informaram ter área técnica específica para gestão das ações de alimentação e nutrição, constitui-se do número absoluto dos profissionais de saúde que integram essas áreas.	Observar número absoluto informado	Questionário coletado
	A8 - Natureza das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição quanto a diversidade de núcleos profissionais que as compõe	Refere-se à natureza multiprofissional ou composição por um único núcleo profissional fazendo parte da equipe responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição nas secretarias municipais de saúde	Observar parâmetro de resposta uni ou multiprofissional	Questionário coletado
	A09 - Valores repassados aos municípios – 2013	Constitui-se do quantitativo de recursos repassados aos municípios obedecendo às faixas populacionais, conforme estabelecido pela Portaria do FAN	Observar parâmetro conforme estabelecido na Portaria do FAN	Questionário coletado

	A10 - Execução Orçamentária das secretarias estaduais e municipais de saúde nos anos de 2014 e 2015	Razão entre o recurso efetivamente gasto no ano corrente em questão dividido pelo valor disponível que foi descentralizado ao município por meio da Portaria do FAN para estruturação das ações de alimentação e nutrição	Razão entre o Quantitativo orçamentário utilizado até 31/12/2015 e o recurso disponível em 01/01/2015, incluindo repasses de anos anteriores que não foram utilizados.	Questionário coletado
	A11 - Financiamento a partir de outras fontes na secretaria	Variável dicotômica - Especificação sobre a utilização ou não de outras fontes de recursos que não o FAN para financiamento das ações de alimentação e nutrição	Observar parâmetro: Sim ou Não	Questionário coletado
	A12 - Se apresentou dificuldades na gestão que interferiu sobre a execução orçamentária do recurso repassado	Variável dicotômica – Indicação, pelo representante da secretaria municipal de saúde sobre a existência de dificuldade ou não a respeito da execução orçamentária	Observar parâmetro: Sim ou Não	Questionário coletado
B - Identificação das ações desenvolvidas	B1 – Perfil das ações realizadas quanto as Diretrizes Prioritárias estabelecidas na Portaria do FAN	Indicação pelos representantes das secretarias municipais de saúde sobre em quais Diretrizes Prioritárias da PNAN foram realizadas ações nos respectivos municípios	Observar parâmetro: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Monitoramento da Situação alimentar e nutricional; Prevenção e controle dos agravos em alimentação e nutrição e qualificação da Força de Trabalho	Questionário coletado
	B2 – Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável	Indicação das ações desenvolvidas na Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável	Observar Parâmetro: Desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família NASF; Desenvolvimento de atividades no âmbito do Programa Academia da Saúde; Desenvolvimento de oficinas de formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta; Desenvolvimento de Atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa Saúde na escola	Questionário coletado
	B3 Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional	Identificação das ações desenvolvidas pelo município em relação à Diretriz de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional	Observar parâmetro: Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica; Registro das morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; Controle das carências nutricionais específicas e registro nos sistemas de informação correspondentes; Utilização de	Questionário coletado

		marcadores do consumo alimentar; Realização de pesquisa envolvendo aspectos relacionados à alimentação e nutrição da população do município; Aquisição de equipamentos antropométricos; Outras iniciativas		
	B4 – Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Prevenção e Controle dos agravos nutricionais	Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Prevenção e Controle dos agravos nutricionais	Parâmetros: Programas envolvendo a atenção nutricional voltado à desnutrição infantil; Programas envolvendo a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; Programa Nacional de Suplementação de vitamina A Programa Nacional de Suplementação de Ferro Outras iniciativas;	Questionário coletado
	B5 – Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Qualificação da força de trabalho	Identificação das ações desenvolvidas no âmbito da Diretriz de Qualificação da força de trabalho	Parâmetros: Educação permanente em saúde; Capacitações; Parcerias para participação em cursos de ensino à distância; Parceria com universidades/faculdades para desenvolvimento de especializações; Outras atividades	Questionário coletado
C - Uso de instrumentos de Gestão, articulação com outros setores e participação e controle sociais	C1 - Se utiliza Programação anual de Saúde e relatório anual de gestão	Variável dicotômica – Indicação pelo representante da secretaria municipal de saúde se inseriu ou não as ações de alimentação e nutrição planejadas nos instrumentos de Planejamento Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão	Parâmetro: Sim ou Não	Questionário coletado
	C2 – Se faz uso de Indicadores e metas para monitoramento e avaliação das ações planejadas	Variável dicotômica – Indicação pelo representante da secretaria municipal de saúde sobre o uso de indicadores ou metas para acompanhamento e avaliação das ações planejadas ou desenvolvidas	Parâmetro: Sim ou Não	Questionário coletado
	C3 -Articulação intrasetorial para desenvolvimento das ações	Indicação das principais áreas no âmbito da própria secretaria municipal de saúde em que foram desenvolvidas articulações para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição.	Parâmetros: Não ocorre; Com a Coordenação de Atenção Básica; Com a Coordenação de Vigilância; Outra área técnica	Questionário coletado
	C4 - Articulação Intersetorial para o desenvolvimento das ações	Indicação dos principais setores, para além da Saúde em que foram realizadas articulações para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição	Parâmetros: Não ocorre; Universidade; Com a Secretaria de Educação; Com a Secretaria do Esporte Com a secretaria de Assistência Social; Com a Secretaria de Abastecimento; Outra	Questionário coletado
	C5 - Se apresenta participação e controle	Variável dicotômica – Se o controle social tem participado do planejamento, monitoramento e	Parâmetros: Sim ou não	Questionário coletado

	social	avaliação das ações de alimentação e nutrição no município.
	C6 - Tipo de envolvimento;	Descrição sobre como tem ocorrido a participação do controle social no monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição Observação e categorização das respostas disponíveis Questionário coletado

4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram organizadas segundo macrorregiões políticas (regiões norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e também por porte populacional segundo a definição de faixas para o repasse dos recursos orçamentários federais aos municípios com população acima de 150 mil habitantes. Tais dados estão apresentados por meio de quadros e tabelas.

Foram estimadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas foi utilizada a estatística descritiva para cálculo de média, desvio-padrão, medianas e quartis; Para as variáveis qualitativas foram calculadas proporções.

Buscou-se investigar a relação existente entre a realização das diretrizes prioritárias da PNAN pelos municípios com alguns indicadores de interesse conforme o dado coletado das secretarias municipais de saúde a partir do pressuposto que quanto mais estruturada fosse a ESF no município, maior seria o potencial para implementação das ações de alimentação e nutrição. Foram, portanto utilizados os indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família e o número de NASFs implantados para analisar a relação desses indicadores com a realização das diretrizes prioritárias da PNAN.

As variáveis quantitativas: “Implementação das diretrizes prioritárias da PNAN”, “cobertura da ESF” e “número de NASFs implantados” foram transformadas em variáveis qualitativas binárias para a análise das associações.

Para a categorização do indicador de “Diretrizes realizadas”, foram consideradas duas situações: a primeira separando os municípios que afirmaram ter realizado todas as Diretrizes e aqueles que realizaram uma, duas, três ou nenhuma das Diretrizes. Na segunda situação foram separados os municípios que afirmaram ter realizado todas as Diretrizes e os que realizaram apenas uma ou nenhuma delas.

Para a variável “Cobertura de ESF” e “Número de NASFs implantados” considerou-se a mediana dos valores observados entre o grupo dos 136 municípios respondentes como ponto de corte para transformá-la numa variável dicotômica. Dessa forma, para o indicador de cobertura de ESF foram considerados os valores de cobertura de 136 municípios, no qual constatou-se uma média de 51,29%, mediana de 50,2% e Desvio-Padrão de 24,6%.

Quanto ao indicador de Número de NASFs implantados nos municípios, houve 136 ocorrências válidas, sendo obtida uma média de 4,48 NASFs implantados por município, mediana de 2 NASFs implantados e desvio-padrão de 9,6.

A partir das medianas dos dois indicadores mencionados, foram criados dois grupos de municípios caracterizados por aqueles que se encontravam tanto acima quanto abaixo da

mediana da cobertura de ESF. Da mesma forma foi realizado com o indicador de número de NASF implantado, criando uma categoria de municípios que se encontravam acima da mediana e outra abaixo da mesma.

Buscou-se, então, realizar teste de hipóteses, por meio de Qui-quadrado, no nível de decisão a 5%, para estudo da associação entre a completude das diretrizes prioritárias para implementação da PNAN com os indicadores de Cobertura da Estratégia Saúde da Família e Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados.

Para a realização das análises estatísticas foram utilizados os *softwares* R (R Development Core Team, 2014) e o IBM SPSS versão 19. O primeiro *software*, também conhecido como GNU S, é uma linguagem e um ambiente para computação estatística e gráfica. Este programa implementa um dialeto da linguagem S, desenvolvida pelos laboratórios AT&T Bell. Além de ser um *software* colaborativo, gratuito e de código aberto, o R é uma linguagem de programação completa. O mesmo pode ser baixado livremente em <http://www.R-project.org>. O segundo constitui-se de um software aplicativo científico tendo como acrônimo: Statistical Package for the Social Sciences, que inclui aplicações estatísticas e analíticas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

Por se tratar de base de dados da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, obedeceu ao exposto na Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011, que tem como objetivo disciplinar a cessão dos dados contidos nas bases nacionais relacionadas aos Sistemas de Informação - SI que estão sob gestão da SAS. Tais dados foram solicitados formalmente ao Ministério da Saúde, obtendo-se liberação, encontrando-se o documento emitido pela área no **anexo A**.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, CAAE: 58439316.2.0000.0030 em observância à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2012), obtendo aprovação. O comprovante se encontra no **anexo B**.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em tópicos conforme discriminado nos objetivos. No tópico 5.1 será traçado o perfil dos municípios que receberam o financiamento federal para implementação das ações de alimentação no ano de 2015. No tópico 5.2 a descrição das ações estratégicas relacionadas às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvidas pelas secretarias municipais de saúde que receberam o FAN; No tópico 5.3 será exposta a análise da associação entre a implementação de Diretrizes da PNAN por secretarias municipais de saúde no ano de 2015 e a cobertura de Estratégia Saúde da Família apresentada e no tópico 5.4 será apresentada a análise sobre a associação entre a implementação de Diretrizes da PNAN por secretarias municipais de saúde no ano de 2015 e o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados.

5.1 PERFIL DOS MUNICÍPIOS QUE RECEBERAM O FINANCIAMENTO FEDERAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO NO ANO DE 2015

O incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Programa de Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição - FAN) foi estabelecido pela Portaria nº 1738, de 20 de agosto de 2013 (Seção 1, páginas 22 a 24 do Diário Oficial da União). É destinado a todos os municípios com população superior a 150 mil habitantes, bem como as secretarias estaduais de saúde, tendo valores de repasse proporcionais ao porte populacional dos municípios.

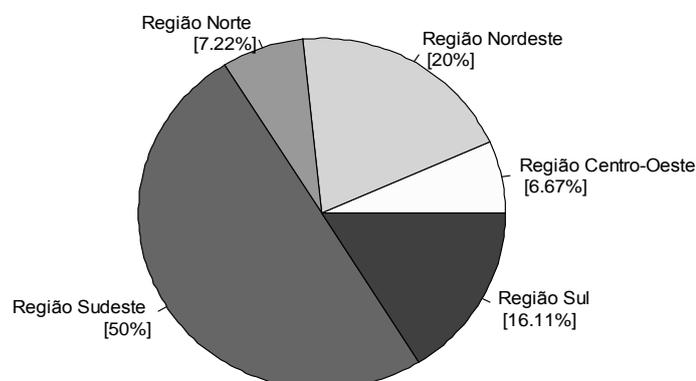
Na tabela 01 é possível visualizar a disposição dos municípios quanto ao seu porte populacional e o valor de repasse correspondente. O menor município apresentou 150.023 habitantes, enquanto que o município com maior população apresentou o total de 11.376.685 habitantes. Os dados demonstraram que 30% dos municípios apresentaram um porte populacional entre 200 e 299 mil habitantes, recebendo uma quantia de R\$30.000,00. Uma pequena porcentagem desses municípios (2.78%) apresentou população acima de 2.500.000 de habitantes, recebendo cerca de R\$100.000,00 como valor de repasse.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios que receberam financiamento das ações de alimentação e nutrição segundo porte populacional e valor de repasse. Brasil, 2016.

Porte Populacional (x 1000)	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)	Valor de Repasse (R\$)
150-19	44	24,44%	20.000
200-299	54	30%	30.000
300-399	29	16,11%	35.000
400-499	15	8,33%	40.000
500-599	6	3,33%	50.000
600-999	16	8,89%	60.000
1.000.000 - 2.499.000	11	6,11%	80.000
Acima de 2.500.000	5	2,78%	100.000
Total	180	100%	--

Quanto à distribuição percentual dos municípios por região geográfica, a metade dos municípios está situada na região sudeste (Figura 1).

Figura 1 Distribuição dos municípios que receberam financiamento federal para estruturar as ações de alimentação e nutrição por região geográfica. Brasil, 2016.



Em relação ao perfil socioeconômico dos municípios investigados, apresenta-se os dados conforme tabela 2.

Quanto à cobertura de ESF a média foi 50,84%, com desvio padrão 24,88; mediana 49,63; com 31,39 e 66,58 como 1º e 3º quartis. A média do número de NASFs implantados foi 3,9, com desvio padrão de 8,52, tendo 0 e 4 como 1º e 3º quartis. Observou-se que dos 180 municípios analisados, 64% (n=115) deles tinham pelo menos um NASF implantado, sendo os municípios com maior número as capitais: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e João Pessoa.

A região do país que obteve o maior número médio de NASFs por município foi a nordeste, sendo essa também a que apresentou maior homogeneidade em relação ao número desses, ou seja: dos 31 municípios contemplados na região, apenas três não apresentaram nenhum NASF implantado, enquanto na região sudeste com 90 municípios contemplados, apesar de concentrar aqueles com maior número de NASFs, foi a que apresentou maior disparidade entre os municípios, sendo observado que, enquanto em um único município há 72 NASFs implantados, como é o caso de São Paulo, 62,5% (n=45) dos municípios (50%, entre a amostra investigada) da região sequer apresentam um NASF implantado. No entanto, há que se considerar a densidade populacional alcançada por cada NASF para inferir o alcance dessa estratégia no município.

Tomando-se como exemplo, o município de São Paulo, embora apresente o maior número de NASFs implantados entre os municípios estudados, possui uma população de 11.376.685 habitantes e cobertura de Estratégia Saúde da Família de 34,42%, resultando numa relação de 158.009 hab/NASF, enquanto que o município de João Pessoa, na Paraíba, com uma população de 742.478 habitantes e cobertura de ESF de 88,75%, apresenta uma relação de 21.837 hab/NASF. Essa relação, sem dúvida, interfere nos resultados esperados para essa política e, além disso, há que se considerar realidades sanitárias, culturas institucionais e formas de organização dos serviços e ações de saúde completamente distintas entre esses municípios.

Tabela 2 Descrição das características dos municípios que receberam financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição quanto ao mínimo, 1º quartil, mediana, média, 3º quartil e máximo das variáveis de interesse. Brasil, 2016.

Variável	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
População	150.023	201.306	272.822	522.660 (1.026.562)	443.754	11.376.685
Cobertura de ESF_2016	0,00	31,39	49,63	50,84 (24,88)	66,58	100,00
NaSfs imp._2016	0,00	0,00	2,00	3,90 (8,52)	4,00	72,00
IDHM_2010	0,6240	0,7208	0,7540	0,7525 (0,04)	0,7833	0,8620
PIB per capita	3.303,00	12.464,00	18.832,00	23.296,00 (17.224,67)	28.302,00	115.320,00

Em relação ao IDHM_2010, a média foi 0,7525 com desvio padrão de 0,04 unidades. Por fim, temos que o PIB per capita médio correspondeu a R\$23.296,00, com um desvio padrão de R\$17.224,67.

Destaca-se, na tabela 03, que o município de Bragança Paulista – SP apresentou a menor população, enquanto que São Paulo - SP foi o município mais populoso. Em relação à Cobertura de ESF_2016, Itu - SP apresentou o menor valor; 65 municípios apresentaram o número de NaSfs implantados em 2016 iguais a zero, enquanto que São Paulo - SP apresentou a maior quantidade para esta variável. Caxias - MA destacou-se por apresentar os menores valores de IDHM_2010, enquanto que São Caetano do Sul – SP apresentou os maiores valores. Temos ainda que São José de Ribamar - MA e Barueri – SP destacaram-se por serem os municípios que apresentaram o menor e o maior PIB per capita, respectivamente.

Tabela 3 Distribuição dos municípios segundo valores máximos e mínimos para as variáveis cobertura de ESF, número de NASFs implantados, IDH-M e PIB per capita. Brasil, 2016

Variável	Mínimo	Máximo
População	Bragança Paulista – SP	São Paulo – SP
Cobertura de ESF_2016	Itu – SP	Caxias – MA; Timon – MA; Teresina – PI; Sobral – CE; Nossa Senhora do Socorro – SE; Montes Claros – MG; Angra dos Reis – RJ; Florianópolis - SC
NaSfs implantados_2016	65 municípios apresentaram NaSfs implantados_2016 = 0.00 (¹ ver na seção ANEXOS a listagem desses municípios).	São Paulo – SP;
IDHM_2010	Caxias – MA	São Caetano do Sul - SP
PIB per capita	São José de Ribamar – MA	Barueri – SP

Em relação às descrições das variáveis de interesse por macrorregião política, para melhor conhecimento do perfil sociodemográfico dos municípios analisados, apresenta-se a tabela 4.

Tabela 4 Descrição das características dos municípios que receberam financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição quanto ao mínimo, 1º quartil, mediana, média, 3º quartil e máximo das variáveis de interesse por região. Brasil, 2016.

Variável	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
POPULAÇÃO/REGIÃO						
Norte	156.123 Araguaína - TO	242.070	296.959	502.397 (521.991,30)	442.701	1.861.838 Manaus -

						AM
Nordeste	152.372 Jequié - BA	199.408	286.055	526.149 (600.036,60)	604.472	2.710.968 Salvador - BA
Centro Oeste	167.477 Águas Lindas de Goiás - GO	196.913	300.278	613.280 (727.932)	622.346	2.648.532 Brasília - DF
Sudeste	150.023 Bragança Paulista - SP	207.175	272.243	561.300 (1.351.034)	424.353	11.376.685 São Paulo - SP
Sul	156.604 Lages - SC	198.842	259.138	369.997 (357.067,80)	329.435	1.776.761 Curitiba - PR
COBERTURA DE ESF/REGIÃO						
	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
Norte	14,16 Marabá - PA	40,03	60,41	56,08 (24,66)	75,59	92,64 Palmas - TO
Nordeste	1,38 Imperatriz - MA	Variável	66,81	65,09 (27,40)	89,19	100,00 Caxias – MA; Timon – MA; Teresina – PI; Sobral – CE;
Centro-Oeste	16,74 Rio Verde - GO	34,18	39,98	40,66 (15,09)	47,59	72,19 Dourados - MG
Sudeste	0,00 Itu - SP	27,49	40,62	44,05 (23,09)	61,67	100,00 Montes Claros - MG
Sul	17,47 São Leopoldo - RS	43,17	57,26	56,06 (21,89)	66,64	100,00 Florianópolis - SC
NASFS IMPLANTADOS/REGIÃO						
Variável	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
Norte	0,00 Boa Vista – RR; Marabá – PA; Parauapebas - PA	0,00	1,00	2,46 (3,28)	3,00	10,00 Belém - Pa
Nordeste	0,00 Caxias – MA; Nossa Senhora do Socorro – SE; Itabuna – BA; Jequié – BA	2,00	4,00	5,58 (6,23)	7,25	34,00 João Pessoa - PB
Centro-Oeste	0,00 Várzea Grande - MT	1,00	2,50	2,50 (1,93)	3,25	7,00 Campo Grande - RS
Sudeste	0,00 *45 municípios apresentaram NaSfs implantados_2016 = 0.00	0,00	0,50	4,05 (11,11)	3,00	72,00 São Paulo - SP
Sul	0,00 Cascavel – PR; Blumenau – SC; Caxias do Sul – RS; Gravataí – RS; Novo Hamburgo – RS; Passo Fundo – RS; Pelotas – RS; Santa Maria – RS; São Leopoldo –	0,00	1,00	2,58 (3,19)	4,00	13,00 Florianópolis - SC

RS; Viamão – RS.						
IDH-M/REGIÃO						
Variável	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
Norte	0,6680 Marabá - PA	0,7150	0,7330	0,7258 (0,0334)	0,7460	0,7880 Palmas - TO
Nordeste	0,6240 Caxias - MA	0,6850	0,7130	0,7126 (0,0394)	0,7518	0,7720 Recife - PE
Centro-Oeste	0,6860 Águas Lindas de Goiás - GO	0,7300	0,7505	0,7520 (0,0406)	0,7843	0,8240 Brasília - DF
Sudeste	0,6840 Ribeirão das Neves – MG; Belford Roxo - RJ	0,7390	0,7695	0,7664 (0,0374)	0,7977	0,8620 São Caetano do Sul - SP
Sul	0,6990 Alvorada - RS	0,7440	0,7760	0,7710 (0,0346)	0,7950	0,8470 Florianópolis - SC
PIB PER CAPITA/REGIÃO						
Variável	Mín.	1ºQuartil	Mediana	Média (Desvio)	3ºQuartil	Máx.
Norte	6.960,00 Santarém - PA	12.774,00	13.106,00	20.906,00 (25.326,31)	17.203,00	103.404,00 Parauapebas - PA
Nordeste	3.303,00 São José de Ribamar - MA	9.350,00	12.321,00	13.322,00 (8.384,26)	14.027,00	55.064,00 Camaçari - BA
Centro-Oeste	4.242,00 Águas Lindas de Goiás- GO	13.213,00	18.426,00	21.146,00 (13.672,00)	24.193,00	58.489,00 Brasília - DF
Sudeste	6.275,00 Francisco Morato - SP	15.637,00	23.298,00	26.933,00 (18.090,67)	30.968,00	115.320,00 Barueri - SP
Sul	7.528,00 Alvorada - RS	18.139,00	22.729,00	26.351,00 (15.345,50)	30.400,00	83.076,00 Itajaí - SC

Em relação aos municípios da região norte, destaca-se que Araguaína – TO obteve a menor população e a mediana do número de NASFs implantados foi igual a um. A região norte foi a que apresentou a menor variação entre o menor e maior IDH – M, que se situou numa faixa de desenvolvimento médio a alto.

As únicas regiões brasileiras que não apresentaram nenhum município com um padrão de desenvolvimento considerado “Muito Alto”, segundo o IDH-M foram a norte e nordeste.

Com base nos resultados apresentados a respeito dos municípios da região nordeste, observa-se que, o município de Jequié – BA apresentou a menor população, com 152.372 habitantes, enquanto que Salvador - BA apresentou-se como o município mais populoso, com população de 2.710.968 habitantes. Para a variável Cobertura de ESF_2016 temos que 25% dos municípios apresentaram um resultado menor que 43,28, sendo que o mínimo encontrado correspondeu a 1,38, referente ao município de Imperatriz - MA. Observou-se que 75% dos municípios apresentaram o número de NaSfs implantados menor que 7,25, sendo João Pessoa - PB aquele que apresentou o maior número para esta variável, com 34 NASFs implantados.

A média de IDHM_2010 foi de 0,7126. O menor PIB per capita encontrado foi de R\$3.303,00, referente ao município de São José de Ribamar - MA, enquanto que o maior valor para esta variável foi de R\$55.064,00, referente ao município de Camaçari – BA.

Em relação aos municípios da Região Sul, verifica-se que a menor população, é de 369.997 habitantes, com cobertura de Estratégia saúde da família de 56,06%, sendo o número de NASFs implantado de 2,58, com IDH-M de 0,7710 e PIB per capita de 26.351,00R\$.

Para a variável Cobertura de ESF_2016, 25% dos municípios apresentaram valor menor que 43,17, sendo que o valor de mínimo encontrado correspondeu a 17,47, valor este referente ao município de São Leopoldo - RS. Temos ainda que 75% dos municípios apresentaram o número de NaSfs implantados_2016 menor que 4,00, sendo que Florianópolis- SC apresentou o maior valor para esta variável, com número de Nasfs implantados _2016 igual a 13. A média de IDHM_2010 foi de 0,7710. O menor PIB per capita encontrado foi de R\$7.528,00, referente ao município de Alvorada - RS, enquanto que o maior valor para esta variável foi de R\$83.076,00 referente ao município de Itajaí - SC.

Em relação à região sudeste, o município de Bragança Paulista - SP apresentou a menor população, com 150.023 habitantes, enquanto que São Paulo - SP apresentou-se como o município mais populoso, com população de 11.376.685 habitantes.

Para a variável Cobertura de ESF_2016, 25% dos municípios apresentaram um valor menor que 27,49, sendo que o valor mínimo encontrado correspondeu a 0,00, referente ao município de Itu - SP. Temos ainda que 75% dos municípios apresentaram o número de NASFs implantados_2016 menor que 3,00, sendo que São Paulo - SP apresentou o maior valor para esta variável, com um número de Nasfs implantados _2016 igual a 72. A média de IDHM_2010, foi de 0,7664; O menor PIB per capita encontrado foi de R\$6.275,00, referente ao município de Francisco Morato - SP, enquanto que o maior valor para esta variável foi de R\$115.320,00 referente ao município de Barueri - SP.

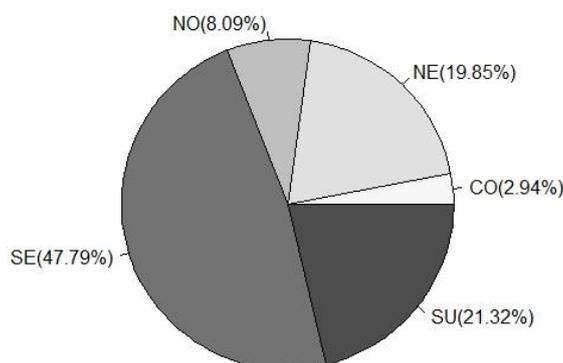
Para apresentar o perfil do acompanhamento do uso do financiamento, foram utilizadas as informações disponibilizadas no banco de dados do FormSUS, que continha dados de 136 secretarias municipais de saúde ou 75,55% do grupo composto por 179 municípios e 1 Distrito federal que faziam parte do grupo pesquisado, indicando uma boa representatividade do conjunto de municípios que receberam financiamento federal para as ações de alimentação e nutrição. Na tabela 06 é apresentada a distribuição dos municípios que participaram da pesquisa realizada pela CGAN.

Tabela 5 Distribuição de Secretarias municipais de saúde que responderam ao questionário FormSUS sobre a gestão do FAN no ano de 2016 em relação ao número de municípios que recebem o financiamento.

Estado	Nº de município que responderam ao questionário	Número de municípios em cada estado que recebe o FAN
AL	0	2
MT	0	3
DF	1	1
PB	1	2
RR	1	1
TO	1	2
AC	1	2
AM	1	2
AP	1	2
MS	1	3
PI	1	1
RO	1	1
SE	2	2
RN	2	3
GO	3	6
CE	4	5
ES	5	5
MA	4	5
PA	5	6
PE	5	7
SC	8	8
PR	9	9
BA	9	9
RS	12	12
MG	14	15
RJ	15	20
SP	32	50
Total	136	180,0

Na figura 2 apresenta-se a distribuição dos municípios respondentes segundo a região macropolítica. A região que apresentou o maior percentual de questionários respondidos foi a Sudeste (SE), com 47.79% (65).

Figura 2 Distribuição dos municípios respondentes segundo as regiões macroeconômicas. Brasil, 2016.



Quanto à gestão das ações de alimentação e nutrição, considerou-se importante saber se para o desenvolvimento da política havia uma área técnica responsável, com número de pessoas suficientes, uma vez que, em se tratando de uma política transversal, indicaria o nível de institucionalidade da área e seu reconhecimento perante as outras áreas das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Diante disso, verificou-se que 62.5% (85), referiram haver responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição, e 37.5% (51) responderam que esta equipe não existe.

Quanto à composição das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição presentes nas secretarias municipais de saúde, constatou-se que a média de membros das equipes municipais é de aproximadamente 4 pessoas ($n=3,9$), conforme tabela 15.

Tabela 4 - Distribuição dos municípios respondentes quanto ao número de profissionais e de nutricionistas integrantes das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios que recebem o FAN.

Variável	Medidas Descritivas	Municipal
Nº de profissionais Totais	Média	3,9
	Mediana	3
	Desvio Padrão	3,2
	Total de profissionais	308
Nº de Nutricionistas	Média	3
	Mediana	2
	Desvio Padrão	2,9
	Total de Nutricionistas	208

Os nutricionistas integram 67% da composição dessas equipes, que muito frequentemente são constituídas por um Único Núcleo Profissional. Na tabela 15 é possível observar como se constitui o perfil das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição quanto à diversidade nos núcleos profissionais. Observa-se que as Equipes Multiprofissionais representam 34.2% do total de 79 equipes das entidades municipais, e as de Núcleo Profissional Único a 59.5%.

Tabela 5 - Composição das equipes responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios que recebem o FAN quanto à diversidade nos núcleos profissionais

Tipos de Equipes	Municipais(%)
Equipes Multiprofissionais	27 (34.2%)
Equipes de Núcleo Profissional Único	47(59.5%)
Não Informado	5(6.3%)
Total	79 (100%)

Quanto aos percentuais de execução orçamentária, considerando a faixa de 0 a 100%, observou-se que o primeiro quartil ou o equivalente a 25% dos municípios, teve a execução orçamentária correspondente a zero; o segundo quartil ou o correspondente à média da execução orçamentária entre os municípios estudados foi de 5,8%; o terceiro, ou o equivalente a 75% dos municípios, correspondeu a 33,7% de execução e o quarto 2667%³, demonstrando uma baixa execução orçamentária. Cerca de 23% (n=35) dos municípios não souberam informar sua execução orçamentária.

No ano de 2015, considerando-se as secretarias municipais de saúde, o primeiro quartil correspondeu à zero, o segundo a 7,3%, o terceiro a 40,7% e o quarto, 4975⁴%, havendo um percentual de 16,33% (n=25) que não souberam responder qual sua execução orçamentária, destacando-se que nesse ano 10% (n=13) dos municípios executaram mais que 100% do valor disponível, devido à existência de outras fontes de recurso para execução das ações de alimentação e nutrição.

³ valor informado pelo município

⁴ valor informado pelo município

Quanto à origem dos recursos utilizados, foi questionado se além do recurso do FAN, a secretaria municipal de saúde utilizou, em 2014 e/ou 2015, outra fonte de recurso para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição. Indicou-se que 61.76% (84) dos municípios não utilizaram outro recurso além do FAN e 38.24% (52) tiveram disponíveis recursos de outras fontes.

Quanto à existência de dificuldade na execução orçamentária do Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), houve três abstenções de respostas, sendo contabilizados apenas 133 respondentes. Chegou-se aos resultados de que 42.86% (57) das 133 entidades municipais responderam não ter dificuldade alguma na execução orçamentária do FAN.

Dos respondentes, é destacado que 21 deles responderam ter dificuldades associadas à tecnoburocracia pública, 17 deles sofrem com morosidade nos processos licitatórios, nove responderam ter problemas de natureza de despesa apenas de custeio e sete respostas associadas a dificuldades no planejamento e execução orçamentária.

Tabela 6 - Discriminação das dificuldades na execução orçamentária do FAN na Entidade Municipal. Amostra atualizada no ano de 2016.

Dificuldades Municípios	
Variável	Municipal
Tecnoburocracia pública*	21
Morosidade nos processos licitatórios	17
Natureza de despesa apenas de custeio	9
Dificuldades no planejamento e execução orçamentária	7
Falta de autorização para o uso do recurso	5
Número insuficiente de profissionais	5
Falta de conhecimento sobre a utilização do recurso	4
Indeterminado	4
Não alocação do recurso do FAN no orçamento para seu uso nas ações	2
Inexistência de uma conta específica	2
Falta de clareza na Portaria quanto a utilização do recurso	2
Cumprimento à Lei de Responsabilidade Fiscal	1
Utilização de recursos distintos do FAN para financiamento das ações de alimentação e nutrição	1
Total	80

* Variáveis incluídas em tecnoburocracia pública: burocracia para acessar o recurso, falta de acesso ao recurso, problemas no empenho, falta de previsão orçamentária do município, mudanças constantes nos gestores, falta de informações, demora na aprovação do plano de ação, problemas administrativos, falta de mecanismo jurídico para uso da verba, atraso na compilação dos dados do setor financeiro...

A morosidade nos processos também poderia estar associada a um problema da tecnoburocracia pública, no entanto, chamou a atenção o número de vezes que essa situação foi citada como impedimento à utilização do recurso, indicando o quanto é necessário investir na qualificação dos processos e das pessoas envolvidas com os mesmos para que se tornem mais eficientes.

Da mesma forma, nos motivos incluídos como tecnoburocracia pública, como troca constante de gestores, demora na apreciação/aprovação de plano de ação, falta de mecanismo jurídico para uso da verba, chama a atenção como assuntos de natureza administrativa podem interferir de forma tão preponderante sobre a efetivação dos planos e ações elaboradas pelas áreas.

Houve interesse em saber se ao fim do exercício financeiro o resultado das ações planejadas foram incluídas no relatório anual de gestão, sendo possível obter resposta de 131 municípios. Dessa forma constatou-se que: 14.5% (19) desses referiram não ter incluído o resultado das ações planejadas no relatório e 85.5% (112) relataram incluir estes resultados ao final do exercício financeiro.

Perguntou-se, ainda, se, além do emprego da Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, foram utilizados outros instrumentos de planejamento, obtendo-se 131 respostas, das quais aproximadamente 20,61% (27) referiram utilizar outros instrumentos, e 79.39% (104) responderam que não utilizam outro instrumento de gestão na entidade municipal.

A respeito dos outros instrumentos de gestão citados esses se constituíram de relatórios de pactuações de iniciativa da própria secretaria para monitoramento das ações planejadas/efetivas (nove municípios) e Plano municipal de Saúde (oito municípios). Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (PPA), Sistemas de gestão do cuidado do SUS, Plano de aplicação do FAN, Pactuação em programas ligados à área de Segurança Alimentar e Nutricional, dentre outras categorias, conforme observado na tabela 18.

Tabela 7 - Caracterização dos outros instrumentos de gestão utilizados pelas secretarias municipais de saúde para planejamento das ações de alimentação e nutrição. Amostra atualizada no ano de 2016.

Variável	Número de Municípios
Relatórios de pactuações de iniciativa da própria secretaria para monitoramento das ações planejadas/efetivadas	9
Plano municipal de Saúde	8
Relatório quadrimestral de Prestação de Contas (PPA)	4
Sistemas de gestão do cuidado do SUS	3
Plano de aplicação do FAN	2
Pactuação em programas ligados à área de Segurança Alimentar e Nutricional	2
Procedimento Operacionais Padrão	1
PMAQ	1
SISPACTO	1
Relatório da Controladoria Geral da União	0
Total	31

Quanto ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição pelo controle social, obteve-se 132 respostas, das quais 51.52% (68) das secretarias municipais informaram não ter havido essa participação.

Dos que afirmaram ter havido participação do controle social, a forma de participação mais expressiva foi “reuniões no âmbito dos conselhos municipais de saúde”, com 29 ocorrências, seguida de “apreciação dos relatórios de programação anual e de gestão”, com 12 ocorrências elaborados pelas secretarias municipais de saúde. As demais frequências e suas respectivas categorias podem ser verificadas na tabela 20.

Tabela 8 - Frequências das respostas à questão sobre como tem ocorrido a participação do controle social no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição. Brasil, 2016.

Variável	Municipal
Participação de reuniões no âmbito dos conselhos municipais e estaduais de saúde	29
Apreciação dos relatórios de programação anual e de gestão elaborados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde	12
Participação de reuniões no âmbito dos conselhos municipais e estaduais de segurança alimentar e nutricional	7

Visitas in loco as unidades de saúde	2
Reunião do Conselho municipal de Assistência social	2
Outros	9
Total	61

A respeito da articulação intrasetorial, ou seja, articulação com outras áreas da secretaria de saúde para o desenvolvimento das ações, apenas quatro secretarias municipais de saúde referiram não ter articulado com outras áreas da secretaria de saúde, e uma entidade absteve-se de responder. Desses, 94% afirmaram realizar articulação com a Coordenação de atenção básica e 42,74% realizaram articulação com a coordenação de Vigilância, conforme tabela .

Tabela 9 - Distribuição das áreas com as quais a área técnica de alimentação e nutrição exerce articulação intrasetorial para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição. Brasil, 2016.

Áreas da secretaria de saúde		
	Municipal	%
Com a Coordenação de Atenção Básica	124	94,6%
Com a Coordenação de Vigilância	56	42,74%
Outra área técnica	40	30,53%
Não marcou nada	1	0,76%
Marcou que não houve articulação com áreas da secretaria de saúde	4	3,05%

*Os respondentes tinham opção de escolher mais de uma alternativa.

Quando arguidos sobre haver articulação intersetorial ou com outras secretarias para o desenvolvimento das ações, 12 secretarias municipais referiram não ter articulado com outras áreas, e uma absteve-se de responder.

Os principais setores em que a articulação intersetorial ocorreu foram as Secretarias de Educação e de assistência social, como pode ser observado na tabela 22.

Tabela 10 - Frequências das respostas à questão sobre haver articulação com outras secretarias ou setores para o desenvolvimento das ações. Brasil, 2016.

Áreas da secretaria de saúde		
	Municipal	%
Com a secretaria de Assistência Social	87	28,81

Com a Secretaria de Educação	89	29,47
Com a Secretaria de Abastecimento	17	5,63
Com a Secretaria do Esporte	23	7,62
Universidade	58	19,21
Outra	15	4,97
Não respondeu	1	0,33
Marcou que não houve articulação com áreas da secretaria de saúde	12	3,97

*Os respondentes tinham opção de escolher mais de uma alternativa.

5.2 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS RELACIONADAS ÀS DIRETRIZES PRIORITÁRIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DESENVOLVIDAS

A PNAN apresenta nove diretrizes que orientam sua implementação, sendo definidas na portaria do FAN quatro como prioritárias para o desenvolvimento das ações, sendo elas a (1) Promoção da alimentação adequada e saudável; (2) Vigilância alimentar e nutricional; (3) Prevenção e controle das carências nutricionais e (4) qualificação da força de trabalho.

Considerando as diretrizes prioritárias mencionadas na Portaria, ao questionar as secretarias municipais de saúde em quais diretrizes se relacionavam as ações implementadas no ano de 2015, constatou-se que a maior parte dessas se concentrava na Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Essa constatação indica que as maiores necessidades levantadas no território eram coerentes com o perfil de transformação dos padrões alimentares e epidemiológico local. A distribuição das ações realizadas em cada Diretriz foi relacionada conforme exposto na tabela 23.

Tabela 11 - Diretrizes prioritárias expressas pela Portaria do FAN nas quais foram desenvolvidas ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasil, 2016

DIRETRIZES PRIORIZADAS PELAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM VÁLIDA
PAAS - Monitoramento - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição – Qualificação da força de trabalho	38	27,94
PAAS – Monitoramento – Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição	27	19,85
PAAS	13	9,56
PAAS - Monitoramento - Qualificação da	11	8,09

força de trabalho.		
PAAS - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição - Qualificação da força de trabalho	8	5,88
PAAS- Monitoramento	6	4,41
PAAS- Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição	6	4,41
PAAS - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	6	4,41
Não foram realizadas ações de alimentação e nutrição. A SES/SMS teve outras prioridades;	5	3,68
Qualificação da Força de Trabalho	4	2,94
Monitoramento da situação alimentar e nutricional	4	2,94
Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição;	2	1,47
Monitoramento da situação alimentar e nutricional - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	2	1,47
Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	2	1,47
(vazias)	1	0,74
Monitoramento - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição	1	0,74
	136	100%

Em busca de identificar quais as principais ações desenvolvidas relacionadas a cada uma das diretrizes, solicitou-se que fossem indicadas entre um conjunto de alternativas quais obtinha a maior frequência.

Dessa forma, na Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável a atividade mais desenvolvida pelas secretarias municipais de saúde foi o desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, representando 47,05% (n=72). A segunda ação mais referida foi o “Desenvolvimento de Atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa na Saúde e Escola”, por 33% das secretarias municipais de saúde (n=51). O desenvolvimento de atividades no âmbito do Programa Academia da Saúde foi a que obteve o menor número de ocorrências, representando 9% das atividades realizadas nessa Diretriz (Quadro 1).

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas por municípios que receberam o FAN em relação à diretriz de Promoção da alimentação adequada e saudável no ano de 2015

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Nº	%
--------------------------	----	---

Desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF	72	47,05
Desenvolvimento de Atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa na Saúde e Escola	51	33,33
Desenvolvimento de oficinas de formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta	46	30,06
Outras	27	17,64
Desenvolvimento de atividades no âmbito do Programa Academia da Saúde	14	9,15

Questionou-se sobre o público alvo aos quais as ações foram destinadas, encontrando-se que essas foram primariamente voltadas ao grupo materno-infantil (categorias *Gestantes e Nutrizes* e *Crianças de 2 a 10 anos*, correspondendo a 50% e 48%, respectivamente), seguida de adultos, com 48% e profissionais de saúde, com 46%. A faixa etária que obteve o menor número de ocorrências foi o de adolescentes, com 39%.

O planejamento das ações pode contribuir com a efetivação dessas, uma vez que na administração pública a antevisão dos resultados faz-se pertinente diante da necessidade de priorização de ações em detrimento de outras considerando os recursos disponíveis, capacidade técnica e agenda política vigente. Dessa forma, questionou-se sobre a previsão de metas em relação à Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável para inferir sobre sua inclusão em instrumentos de planejamento em exercício. Constatou-se, então que 49,56% (56) das secretarias municipais de saúde afirmaram prever alguma meta. Dessas, 72,22% conseguiram alcançá-las.

Quando questionadas sobre a interferência de dificuldades para o alcance das metas, as principais relatadas foram: (1) Compra de material necessário à execução das oficinas (flip chart, DVD...), (2) dificuldades com o transporte da equipe (tutores) até as UBS para a realização das oficinas (falta de carro/gasolina); (3) Rotatividade do quadro técnico; (4) Escassez de Recursos Humanos e Quadro De Rh Incompletos; (5) Falta De Nasf; (6) Baixa Cobertura de Estratégias; (7) A dificuldade dos profissionais/rede de mudar a lógica do trabalho com as equipes NASFs.

Em relação à Diretriz de monitoramento da situação alimentar e nutricional as ações realizadas com maior frequência foram o “Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica”; Destaca-se o baixo registro de “ações relacionadas com o

desenvolvimento de pesquisas na área de alimentação e nutrição para subsidiar dados locais sobre as características da população”, que foi a ação relatada com o menor número de ocorrências, correspondendo a 3,43% (n=8).

Quadro 3 - Atividades desenvolvidas pelos municípios que receberam o FAN em relação à Diretriz de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional no ano de 2015.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Nº	%
Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica	82	35,19
Utilização de marcadores do consumo alimentar	64	14,16
Controle das carências nutricionais específicas e registro nos sistemas de informação correspondentes	33	6,44
Registro das morbidades associadas aos principais desvios nutricionais	29	27,47
Aquisição de equipamentos antropométricos	15	12,45
Realização de pesquisa envolvendo aspectos relacionados à alimentação e nutrição da população.	8	3,43
Outras Iniciativas	2	0,86

O público alvo mais referido pelos municípios ao qual se destinaram as ações de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional, foi o de “crianças de 0 a 2 anos”, correspondendo a 52,94% (n=81) das respostas. O público que obteve o menor número de ocorrências foi o de adultos e nutrizes.

Quadro 4 - Ações de Monitoramento da Situação Alimentar e Nutricional segundo público-alvo ao qual se destinaram.

O PÚBLICO ALVO	Nº	%
Crianças de 0 a 2 anos	81	52,94
Crianças de 2 a 10 anos	76	49,67
Gestantes	73	47,71
Adolescentes	49	32,02
Idosos	49	32,02
Adultos	45	29,41
Nutrizes	45	29,41

Quando questionados sobre outros públicos aos quais se destinaram as ações referentes à Diretriz de Monitoramento da Situação Alimentar foram mencionados:

Organização de eventos de saúde de vigilância Nutricional em parceria com a Pastoral da Criança; Usuários dos Polos de atividade física, CAPS/ CRAS, crianças e gestantes beneficiários do Programa Bolsa família entre outros.

Quanto à previsão de metas nessa Diretriz constatou-se que 68,97% (27) afirmaram prever alguma meta, as quais em torno de 50,63% foram alcançadas.

Quando questionados sobre as iniciativas desenvolvidas na Diretriz de Prevenção dos Agravos Relacionados à Alimentação e Nutrição, a referida nos municípios com maior número de ocorrências foi “*Programas envolvendo a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*”, correspondendo a 39,86% (n=61). A categoria “*Programas envolvendo a atenção nutricional voltados à desnutrição infantil e Programa Nacional de Suplementação de Ferro*” foram as iniciativas menos desenvolvidas com porcentagens de 22,87% (n=35) e 26,79% (n=41), respectivamente.

Quadro 5 - Iniciativas Desenvolvidas nos municípios que receberam o FAN segundo à Prevenção dos Agravos relacionados à Alimentação e Nutrição no ano de 2015.

INICIATIVAS DESENVOLVIDAS NO	Nº	%
Programas envolvendo a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis	61	39,86
Programa Nacional de Suplementação de vitamina A	44	28,75
Programa Nacional de Suplementação de Ferro	41	26,79
Programas envolvendo a atenção nutricional voltados à desnutrição infantil	35	22,87
Outras Iniciativas	18	11,76

Em relação ao público alvo que se destinaram as ações de Prevenção dos Agravos, temos que o grupo de *Crianças de 6 a 59 meses (de 6 meses até 5 anos)*, obteve maior número de respostas, com 44,44% (n=68). Em contrapartida, o grupo que menos recebe as ações de Prevenção e controle dos agravos é o de *Adolescentes* com 22,22% (n=34).

Quadro 6 - Ações de Prevenção dos agravos Relacionados à Alimentação e Nutrição no ano de 2015 segundo público Alvo.

O PÚBLICO ALVO	Nº	%
Crianças de 6 a 59 meses (de 6 meses até 5 anos)	68	44,44
Crianças de 0 a 2 anos	67	43,79
Crianças de 5 a 10 anos de idade	67	43,79
Gestantes	53	34,64
Adultos	48	31,37
Idosos	45	29,41
Nutrizes	38	24,83
Adolescentes	34	22,22

Ao serem questionados sobre a previsão de metas nessa Diretriz, 53,09% (n=43) afirmaram fazê-lo, no entanto nenhum deles respondeu quais as metas estipuladas e se as mesmas foram alcançadas.

Em relação à diretriz de Qualificação da Força do Trabalho constatou-se que as principais ações desenvolvidas foram as *Capacitações* com 40,52% das ocorrências. Já a atividade menos desenvolvida foi a *Parceria com universidades/faculdades para desenvolvimento de especializações*, com apenas 16 municípios relatando tal ação.

Quadro 7 - Atividades Desenvolvidas por municípios que receberam o FAN segundo a Diretriz de Qualificação da Força de Trabalho em Alimentação e Nutrição

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM	MUNICIPAL	
	Nº	%
Capacitações	62	40,52
Educação permanente em saúde	44	28,75
Parcerias para participação em cursos de ensino à distância	21	13,72
Parceria com universidades/faculdades para desenvolvimento de especializações	16	10,45
Outras Iniciativas	12	7,84

As atividades desenvolvidas foram na maioria dos municípios voltadas aos profissionais de saúde com atuação na atenção básica, com 43,13% (n=66) das ocorrências.

Quadro 8 - Ações de qualificação da força de trabalho desenvolvidas por municípios que receberam o FAN no ano de 2015 segundo público-alvo.

PÚBLICO ALVO	Nº	%
Profissionais de saúde da atenção básica	66	43,13
Trabalhadores da equipe da secretaria de saúde responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição	44	28,75
Profissionais de saúde do âmbito hospitalar	29	18,95
Gestores das regionais de saúde	5	3,26
Outras	2	1,30

5.3 RELAÇÃO ENTRE A IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DA PNAN POR SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE A PARTIR DO QUE FOI INDICADO POR ESSAS NO ANO DE 2015 E A COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na primeira tabela apresenta-se a análise relativa à associação entre a realização das Diretrizes e a cobertura de ESF dos municípios, considerando que a realização das Diretrizes pode variar entre os municípios que realizaram todas e aqueles que realizaram uma, duas, três ou nenhuma delas. Nesse caso, como foram considerados os dados de todos os municípios, quanto à realização das diretrizes da PNAN, houve 135 respostas válidas.

Tabela 12 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN e a cobertura de Estratégia Saúde da Família existente no município. Brasil, 2016.

Diretrizes Priorizadas		Todas as diretrizes	Nenhuma, uma, duas ou três diretrizes	Total	Valor de P
Cobertura de ESF	Municípios com cobertura igual ou superior ao valor da mediana (50,2)				
	Municípios com cobertura inferior a mediana	21	46	67	
Total		38	97	135	

Partiu-se do pressuposto de que os municípios com valor igual ou superior à mediana de cobertura de Estratégia Saúde da Família, ou seja, aqueles com melhor cobertura da

Estratégia estariam situados no grupo dos que realizariam todas as diretrizes, mas a análise não mostrou resultados estatisticamente significativos ($p=0,413$).

Analisou-se também a associação entre a realização das Diretrizes Prioritárias da PNAN e a cobertura de ESF dos municípios, mas agora considerando a variação dos extremos entre as Diretrizes realizadas, formando um grupo dos municípios que realizaram todas as Diretrizes (quatro diretrizes prioritárias: PAAS, monitoramento da situação alimentar e nutricional, Prevenção e controle dos agravos e qualificação da força de trabalho) e outro, daqueles que realizaram uma ou nenhuma delas.

Importante considerar que como o objetivo foi analisar os extremos, foram excluídos os valores dos municípios que responderam ter realizado duas ou três diretrizes, por isso, o valor final de municípios considerados para a associação foi 65.

Tabela 13 - Relação entre a Implementação das Diretrizes prioritárias da PNAN, considerando a realização de todas ou nenhuma delas, e a cobertura de Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2016

		Diretrizes Realizadas		
		Realizou 4 diretrizes (todas)	Realizaram 1 ou nenhuma das Diretrizes	Total
Cobertura de ESF	Municípios com cobertura igual ou superior ao valor da mediana (50,2)	17	13	30
	Municípios com cobertura inferior a mediana	21	14	35
Total		38	27	65

Da mesma forma que a primeira associação, partiu-se do pressuposto de que os municípios com valor igual ou superior à mediana seriam os que realizariam, em maior número, todas as diretrizes, mas os resultados não foram estatisticamente significativos ($p=0,102$).

5.4 ANÁLISE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE A IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DA PNAN POR SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE A PARTIR DO QUE FOI INDICADO POR ESSAS NO ANO DE 2015 E O NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS.

Foi testada a associação entre a realização das Diretrizes e o número de NASFs implantados considerando os resultados extremos, que vão desde os que realizaram todas até aqueles que realizaram uma ou nenhuma delas. Os municípios que realizaram parcialmente as diretrizes (duas ou três) não foram considerados, posto que o objetivo era analisar os casos extremos. Disso resultou um total de 65 municípios dos 136 analisados.

Tabela 14 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN, considerando os extremos (realização de todas as Diretrizes X aqueles que realizaram 1 ou nenhuma) e o número de NASF implantado no município. Brasil, 2016.

		Diretrizes nos extremos			Valor de P
		Realizou 4 diretrizes (todas)	Realizou uma ou nenhuma das diretrizes	Todas	
Número de NASF implantados	Municípios que apresentam números de NASF igual ou acima do valor da mediana. (M=2)	22	9	31	0,051
	Municípios que apresentam número de NASF abaixo da mediana	16	18	34	
Total		38	27	65	

Partiu-se do pressuposto que quanto maior o número de NASFs implantados no município, maiores seriam as diretrizes realizadas, no entanto, os resultados do teste de hipóteses ficaram no limite do valor crítico de 5% ($p=0,051$).

Foi testada a relação entre o número de NASFs implantados nos municípios e a realização das diretrizes, considerando que essas poderiam variar entre aqueles que realizaram todas e os que realizaram uma, duas, três ou nenhuma delas.

Tabela 15 - Relação entre a realização das Diretrizes prioritárias da PNAN e o número de NASF implantado no município. Brasil, 2016.

		Diretrizes Realizadas		Valor de P
		Todas as diretrizes	Nenhuma, uma, duas ou três diretrizes	
		Todas	Todas	

Número de NASFs Implantados	Municípios que apresentam números de NASF igual ou acima do valor da mediana. (M=2)	22	41	63	0,102
	Municípios que apresentam número de NASF abaixo da mediana	16	56	72	
Total		38	97	135	

Partiu-se do pressuposto que quanto maior fosse o número de NASFs implantados no município, maior seria o número das Diretrizes implementadas, mas os resultados não foram estatisticamente significativos ($p=0,102$).

6. DISCUSSÃO

A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política (SILVA, 2009 apud CARVALHO, BARBOSA e SOARES, 2010).

Considerando o modelo de ciclo de políticas públicas, a fase de implementação constitui-se como o momento que antecede os primeiros esforços avaliativos, fase em que são produzidos os resultados concretos da referida política, ou em que intenções convertem-se em ações. Os mesmos autores argumentam que o campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras (LIMA E D'ASCENZI, 2012).

Por meio deste estudo foi possível verificar os resultados da implementação da PNAN identificando os avanços e os fatores que vem dificultando a sua efetivação. O perfil dos municípios estudados demonstrou um bom padrão de desenvolvimento econômico e social, colocando-os numa posição favorável à operacionalização de políticas públicas.

Identificaram-se vários fatores dificultadores à implementação da PNAN que remeteram à necessidade de melhorias nos processos político-administrativos. Constatou-se incipiente estruturação da área de alimentação e nutrição de forma transversal às demais políticas setoriais de saúde nos municípios, a baixa participação do controle social no monitoramento e avaliação dos planos de ação formulados e a baixa execução orçamentária do FAN, tendo os processos burocráticos, sido a principal causa relatada para justificá-la.

Neste contexto, são destacados como imprescindíveis o fortalecimento e a institucionalização da área e das ações de alimentação e nutrição no interior do SUS, recuperando os eixos da PNAN e incentivando sua capacidade de construir diálogos intra e intersetoriais. É, ainda, explicitado que o fortalecimento necessário e concreto da PNAN deve se refletir no financiamento adequado para a implementação de suas diretrizes, que corrobora com Recine e Vasconcelos (2011) quando destacam que o fortalecimento necessário e

concreto da PNAN deve se refletir no financiamento adequado para a implementação de suas diretrizes.

A estruturação de áreas técnicas nos municípios responsáveis por gerir as ações de alimentação e nutrição seria um fator facilitador para sua implementação, no entanto, constatou-se que em 37.5% (51) dos municípios não havia uma área técnica responsável por essas ações. Além disso, mesmo entre aqueles que apresentaram essas áreas, foi observada uma grande discrepância entre o número de profissionais que a integravam, bem como a sua composição, o que continuaria apontando a necessidade de fortalecimento dessa Política no planejamento das ações e serviços de saúde municipais.

Esse fato aponta para o distanciamento dos atores implementadores do momento de formulação da Política, gerando uma falta de entrosamento e do conhecimento desses sobre as atividades pertinentes a cada fase e sobre o projeto, o que, conforme exposto por Donald S. Van Meter e Earl E. Van Horn (1975) apud Viana (1996) são fundamentais para o êxito da Política.

Essa característica remete a modelos de políticas “Top down”, o qual possui como característica se dar de forma mais autoritária, do implementador para os implementadores ao invés de modelos mais horizontais em que os últimos participam juntos da definição das propostas e metas que serão definidas (VIANA, 1996).

Observou-se também uma diversidade de arranjos institucionais nas secretarias municipais de saúde das diferentes regiões, assim como distintas realidades socioeconômicas, atentando-se para o fato de se considerar a singularidade desses para a adoção de formas de apoio pelos entes federativos estaduais e federais que possam considerar essas diferenças, como o apoio institucional.

O Apoio Institucional é um modo de agir que busca enfrentar os modelos de gestão verticalizados e autoritários não produtores de autonomia dos sujeitos. Baseia-se na relação horizontal entre sujeitos onde todos se afetam e promovem processos educativos desses encontros. Objetiva transformar as relações de supervisão em relações de produção de autonomia de sujeitos e das regiões, considerando as especificidades locais, a democratização e publicização dos processos de gestão e decisórios, fazendo com que estas decisões sejam tomadas a partir de um processo de análise e discussão coletiva. Promove o vínculo, a interlocução com os diferentes atores, a corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente enquanto ferramentas potentes da gestão para a gestão no cotidiano do processo de trabalho de cada um (DAB/SESAB, 2011, apud OLIVEIRA, 2011).

O apoio Institucional se configura como uma estratégia que pode potencializar as ações de co-gestão e cooperação interfederativa para a implementação das políticas de saúde e como tal, a PNAN. Para o seu estabelecimento são necessárias características específicas que envolvem uma série de recursos metodológicos voltados para lidar com as relações entre os entes federativos de um modo participativo. Um modo interativo, que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais, sem, no entanto mudar as competências de cada um.

Assim, a iniciativa de reunir os distintos entes federativos responsáveis pela consolidação da PNAN para discutirem sobre sua percepção acerca dos papéis que cada um desenvolve, fortalece a relação entre estes e constitui-se como uma forma de construção em conjunto das novas ações que poderão desenvolver deste momento em diante.

Quanto às ações realizadas pelas secretarias municipais de saúde no ano de 2015 a Diretriz de Promoção da alimentação adequada e saudável foi a que obteve o maior número de ações mencionadas, apresentando relação com a necessidade sanitária observada atualmente, que é a de mudança nos padrões alimentares, onde se observa um aumento no consumo de alimentos industrializados em detrimento de alimentos básicos. A realização de ações articuladas com outras áreas tem sido um rico recurso utilizado pelas secretarias municipais de saúde para desenvolvimento das ações de promoção da alimentação adequada e saudável.

Estudo realizado por Reis (2015, p. 59) apontou que 71% dos gestores municipais referiram realizar ações de Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, com a elaboração de materiais educativos e educação alimentar e nutricional com o recurso do FAN o que corrobora com os resultados apresentados no presente estudo.

Ao questionar de forma mais específica que tipo de atividades foram desenvolvidas nessa Diretriz, obteve-se que quase 50% dos municípios desenvolviam grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF, seguido de desenvolvimento de Atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa na Saúde e Escola, com 33% e da formação de tutores na estratégia Amamenta e Alimenta, com 30%.

Em relação à Diretriz de Monitoramento da situação alimentar e nutricional, as ações realizadas com maior frequência foram o “Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica”, seguidas da “utilização dos marcadores de consumo

alimentar”, mais uma vez se relacionando com os efeitos das mudanças dos padrões alimentares.

Quanto á Diretriz de Prevenção e controle dos agravos, as ações realizadas com maior frequência relacionaram-se com programas envolvendo a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, seguidos dos programas de prevenção de carências de micronutrientes, indicando ainda a coexistência da dupla carga de agravos envolvendo as dimensões em que se expressam a insegurança alimentar e nutricional na população. Destaca-se, mais uma vez a proximidade com as ações desenvolvidas na atenção básica, principalmente ao se considerar os programas de suplementação de micronutrientes, já que os programas de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, como o de prevenção e controle ao tabagismo, obesidade e diabetes, usualmente se desenvolvem no nível de atenção secundário.

Em relação á diretriz de qualificação da força de trabalho observou-se um maior número de ações destinadas a “capacitações voltadas a profissionais de saúde da atenção básica” e diante disso, cabe refletir sobre a superação dos modelos retrógrados das estratégias de educação em saúde, posto que as essas ações continuam ainda sendo o principal meio utilizado para qualificação da força de trabalho.

A educação permanente em saúde constitui-se como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores. O ordenamento e formação na área da saúde é uma competência atribuída ao SUS pelo artigo 200 da Constituição Federal, havendo também referência à educação na saúde na Lei Orgânica de Saúde (Leis federais nº 8080/90 e 8.142/90).

Uma vez que no SUS instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, seria importante estimular mais a sua prática nos municípios em detrimento dos processos tradicionais de capacitação, que frequentemente não são revertidos em mudança nas práticas dos profissionais. A Educação permanente caracteriza, por si só, um processo educativo voltado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas, além de uma melhor articulação para dentro e para fora da instituição.

O resultado do estudo aponta para a necessidade de formação dos profissionais no tema da gestão pública com vistas a qualificar os processos de planejamento, conhecimento sobre trâmites da administração pública, como licitações, orçamento público, instrumentos de planejamento no SUS, sendo a educação permanente um meio potente para se construir e reproduzir esse conhecimento.

Outro fator observado foi a baixa participação do controle social no monitoramento das ações de alimentação e nutrição, o que dificulta com que essas ganhem um espaço relevante na agenda decisória. Partindo do conceito de que no campo da saúde a comunicação se destina a cidadãos e ao aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões, deve-se incentivar a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade através da garantia de informações suficientes para que estas ampliem sua participação cidadã nas políticas de saúde.

Falar sobre organização das ações em um "sistema" de saúde é diferente de se falar simplesmente em organização das ações em "serviços" de saúde, posto que um sistema engloba as demais áreas sociais que influenciam na qualidade de vida das pessoas e no processo de adoecimento, como a educação, emprego e renda, saneamento, transporte público e moradia. A essa questão se relaciona a forma com que os entes públicos municipais empreendem os recursos para a operacionalização das políticas sociais no âmbito municipal.

Nos resultados do estudo percebe-se que há municípios com alto PIB per capita, mas que o montante arrecadado pelas atividades econômicas não se traduz necessariamente numa melhor estruturação de serviços e ações para a população. Outros apresentam menor porte, menor PIB Per capita, no entanto possuem melhor estrutura organizacional.

O planejamento dos gastos em saúde de determinada localidade depende do nível de renda per capita, pois envolve tanto os gastos do investimento público, como de particulares e da estrutura etária da população. Segundo Kilsztajn, Rossbach, Câmara e Carmo, (2003), que projetaram o crescimento da demanda por serviços e do gasto com saúde no Brasil em decorrência do envelhecimento da população e do nível de renda per capita do país em meados do século XX, esses fatores deverão acarretar um aumento do gasto com saúde em relação ao PIB de aproximadamente 30% até 2050, dos atuais 8,2% (em 2003) para 10,7%".

Quanto à cobertura de Estratégia Saúde da Família e número de NASFs implantados dos municípios que receberam financiamento das ações de alimentação e nutrição observou-se quanto à primeira, que sua média de cobertura foi de 50,84 e quanto à última, entre 75% dos municípios desse grupo; o número máximo de NASFs implantados foi igual a quatro, porém o município com maior número de implantação obteve o registro de setenta e dois (72). Soma-se à isso o fato de 65 municípios pertencentes a esse grupo que não apresentam sequer um NASF implantado.

Esse resultado remete a uma difusa distribuição da Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família no grupo de municípios estudados, podendo interferir nos resultados esperados ao escolher essa Estratégia para ordenamento dos serviços e ações de

saúde considerando as principais necessidades sanitárias da população. Além disso, o fato dos serviços estarem implantados, não garantem que as ações efetivadas estejam sendo conduzidas de acordo com o que a PNAB ou a PNAN preconizam.

Para exemplificar quão heterogênea é a distribuição da Estratégia Saúde da Família e número de NASF nesses municípios, basta olharmos para os dados por região, representados a partir das tabelas 04 a 13. Na região norte a mediana do número de NASFS implantados encontrado foi de 1, tendo o município de Belém, com 10 NASFs implantados, como aquele com maior número. Na região nordeste a mediana de número de NASFs implantados foi de 4, sendo João Pessoa, com 34 unidades, o município com maior número. Na região Sul a mediana foi de 1, sendo o município com maior número de NASF, Florianópolis, com 13 unidades. Na região sudeste a mediana foi de 0,5, sendo o município com maior número de NASF, São Paulo, com 72 unidades. Na região centro-oeste a mediana foi de 2,5, sendo o município com maior número de NASF implantado, Campo Grande, com 7 unidades.

Considerado apenas o número de NASFs implantados, já se observa grande disparidade entre as regiões e até mesmo no próprio estado, no qual, infere-se que os municípios teriam um maior número de características comuns, sugerindo um desordenamento na implantação dessa Estratégia.

Aliado a isso, soma-se à discussão quanto à densidade populacional e a distribuição da Estratégia Saúde da Família nesses municípios. Tomando-se como exemplo, o município de São Paulo, embora apresente o maior número de NASFs implantados entre os municípios estudados, apresenta uma população de 11.376.685 habitantes e cobertura de Estratégia Saúde da Família de 34,42%. Isso resulta numa relação de 158.009 hab/NASF, enquanto que o município de João Pessoa, na Paraíba, com uma população de 742.478 habitantes e cobertura de ESF de 88,75%, apresenta uma relação de 21.837 hab/NASF. Essa relação, sem dúvida, interfere nos resultados esperados para essa política e, além disso, há de se considerar realidades sanitárias, culturas institucionais e formas de organização dos serviços e ações de saúde completamente distintas entre esses municípios.

Segundo Brasil (2014, p. 22), o NASF pode atuar para apoiar as equipes de saúde da família na análise de problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, além da realização direta de ações clínicas. Considerando as duas situações apontadas entre o município de São Paulo e João Pessoa, observa-se que o potencial de ação dessa Estratégia nos dois municípios é completamente diferente.

Ao avaliar-se a efetividade de implantação de determinado programa, deve-se levar essa questão em consideração e se a atenção básica é uma política oportuna para a

implementação da PNAN e a presença de nutricionista do NASF pode qualificar as ações realizadas pelas equipes, então essa relação pode interferir na implementação da PNAN em nível local.

Segundo a Portaria que institui a PNAB essa se constitui como primeiro nível de atenção à saúde, apresentando o papel de ordenar e coordenar as RAS. Essa se sustenta no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, materializando uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2011).

Segundo a PNAN a atenção básica se configura como um ponto de atenção oportuno para o desenvolvimento de suas Diretrizes e à continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde tendo a atenção nutricional como diretriz norteadora e sendo focada nas dimensões de indivíduo, família e comunidade, respeitando as especificidades de diferentes grupos populacionais e comunidades tradicionais (BRASIL, 2011).

Recine e Vasconcelos (2011) afirmam que o setor saúde pode contribuir para a formação da opinião confiável sobre os princípios e recomendações da alimentação saudável. E neste contexto, a atenção básica se constitui em um locus privilegiado para se avançar na promoção da alimentação saudável.

As autoras retratam ainda que com a inserção, a regulamentação e a organização das ações de nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, o setor saúde poderá atuar de maneira qualificada na perspectiva de uma atenção nutricional abrangente, inclusive em relação à promoção da saúde, contribuindo para a mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde como um todo e contribuindo efetivamente para a garantia da SAN (RECINE E VASCONCELOS, 2011).

É também na atenção básica que são desenvolvidas as principais ações estratégicas e programas de alimentação e nutrição, como a estratégia de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, as atividades de educação em saúde envolvendo as diretrizes de Promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional e os programas de suplementação de micronutrientes.

Dessa forma, o fortalecimento da AB, mas não só, poderia influenciar diretamente no alcance e efetividade do emprego das ações de alimentação e nutrição e de sua organização e acesso na RAS. No que se pôde observar quanto à cobertura de ESF dos municípios analisados, essas apresentam realidades muito distintas, encontrando-se, na maioria desses, em fase de expansão, tendo em vista que em média se situa numa faixa de 50%.

As regiões norte e nordeste foram as que obtiveram as maiores coberturas em relação às demais regiões, o que corrobora com estudo de Sousa e Hamann, (2009), que evidenciou que a implementação da PNAB deu-se de forma mais intensa nessas regiões e em municípios de pequeno porte. Em municípios de grande porte brasileiros a ESF ainda encontra-se em expansão, apesar de se constituírem como aqueles com maior densidade populacional e concentrarem, em sua maioria, os serviços e tecnologias de maior “complexidade”.

Dados da sala de gestão estratégica também demonstram esse cenário de expansão vivenciado pelos municípios, uma vez que indicavam em 2011 uma média nacional de cobertura da AB de 52,8%, enquanto que em 2015 essa representava cerca de 70%. No mesmo período o número de NASF mais do que dobrou, passando de 1564 a 3280 até o mês de outubro de 2015, em números absolutos (SALA DE GESTÃO ESTRATÉGICA, 2016).

Como pudemos ver nos resultados apresentados nesse estudo, tanto em relação à ESF, quanto aos NASF, apesar de evidenciar um momento de expansão, essa se deu de forma heterogênea entre os municípios brasileiros, ficando concentrada em alguns poucos municípios.

No entanto, mesmo entre aqueles que adotaram a ESF e implantação dos NASFs como forma de organização dos serviços e ações de saúde, há muitos fatores que podem influenciar nos resultados esperados para essas estratégias. Destacam-se entre esses fatores: a forma de organização da RAS pela gestão municipal, formação dos profissionais de saúde que integram essas equipes, existência de rede assistencial de suporte às situações mais complexas, assim como os instrumentos de coordenação de rede utilizados.

Desde 2008, o nutricionista tem integrado a composição das equipes dos NASF e, considerando o total de NASFs implantados no país, tem estado presente, em média, em 80% das equipes implantadas. Salienta-se que a escolha dos profissionais que irão integrar as equipes comumente é baseada na necessidade epidemiológica e do contexto existente em cada território (BRASIL, 2014).

A atuação dos profissionais nos NASF, no entanto, encontra as mesmas dificuldades pelas quais os profissionais de saúde passam quanto a uma atuação que rompa com o modelo flexneriano. Observa-se dificuldade de atuar em rede, de lidar com multiprofissionalidade e o compartilhamento de saberes, apontando a necessidade de organização do processo de trabalho das equipes e formas de arranjos organizacionais capazes de potencializar a atenção prestada.

Tal fato corrobora com estudo de Aguiar (2015), que ao investigar sobre o perfil de profissionais que atuavam no NASF no estado de Goiás verificou, na visão desses, que as

habilidades e competências adquiridas na formação estavam mais relacionadas à concepção, tal como conceituado por Merhry (2007) como "a clínica do corpo com órgãos" referindo-se ao modelo focado na doença.

As habilidades e competências foram compostas por conhecimentos de técnica dietética, composição, propriedades e transformações dos alimentos pelo organismo humano e recuperação do estado nutricional indicando o distanciamento da formação no sentido de preparar o profissional para uma atuação interdisciplinar e mais focado na habilidade do compartilhamento de saberes, matriciamento e atuação em políticas e programas intersetoriais.

A forma de estruturação proposta para atuação do NASF envolve uma implicação na "ampliação do escopo de ações disponíveis para o cuidado do indivíduo e/ou comunidade atendida", podendo ser interpretada como a oferta de um cuidado integral. A integralidade é um dos princípios organizativos do SUS e mais do que isso, um de seus pilares. Porém, entre os teóricos da saúde coletiva, esse parece ser o princípio menos visível na trajetória do SUS e na de suas práticas. Segundo Mattos (2004), para o exercício da integralidade nos serviços de saúde, faz-se necessário aos profissionais assistir ao usuário e proceder com procedimentos clínicos para o alívio da dor ou queixa trazida por ele, mas isso apenas não seria suficiente.

Aliado a isso o profissional teria que ter habilidade para pactuar e até mesmo negociar com os usuários ações de prevenção, conciliando as questões possíveis de serem aplicadas por ele à sua vida, com o conhecimento que têm e julgam ser útil a cada sujeito atendido a partir do que é trazido por eles. Seria considerar a singularidade que cada sujeito traz e fazer uma oferta de cuidado personalizada a esse.

Sem querer desconsiderar a importância de um adequado diagnóstico nutricional e de uma correta prescrição dietoterápica aos sujeitos que trazem uma demanda concreta para tal, no entanto, não é possível reduzi-lo apenas à doença que ele relata, traz ou expressa. É preciso romper com essa racionalidade, construindo uma nova forma de refletir e de se fazer saúde, que o considere em sua singularidade e tentando captar sua subjetividade, o que está por trás de sua fala, em que crenças se apoiam e como se vê representado em sua comunidade. Dessa forma estará se ofertando, além da assistência, prevenção de doenças e estará no caminho de uma prática mais próxima da integral.

Outras pesquisas esboçam propostas de como estruturar a atenção nutricional na AB, como a de Borelli e outros autores (2015), que propõe ciclos de ações matriciais compostos de: (1) Atenção e (2) diagnóstico nutricional, (3) Vigilância Alimentar e Nutricional e (4) linha de cuidado nutricional. O estudo apresentou um diferencial por experimentar um

modelo para inserção matricial de um nutricionista em jornada de 40 horas para dar apoio a cerca de 6 Equipes de Saúde da Família (ESF), ou duas UBS de pequeno porte, ou ainda para uma área de cobertura de aproximadamente 20 mil habitantes na zona urbana de cidade de grande porte da região sudeste. O trabalho revelou que foram eventuais as demandas por atendimento ambulatorial e que apesar de sua importância, esse tem lugar periférico na rotina da nutrição na AB, sendo o processo de trabalho do nutricionista majoritariamente destinados à Educação em Saúde, seja por meio de atividades em grupo (nas UBS ou em equipamentos comunitários), atividades em parceria com outras estruturas de apoio social (escolas, associações de moradores, igrejas, entre outras formas de organização), visitas domiciliares e educação continuada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais das ESF.

Entre os municípios estudados apresenta-se que o NASF tem sido uma aposta para a ampliação do escopo de atuação da AB e tem se consolidado principalmente nos grandes centros urbanos, chegando até a se encontrar concentrados, principalmente os situados na região sudeste. Em contrapartida a isso, encontra-se uma maior homogeneidade no número de NASFs implantados por municípios na região nordeste.

Por fim, a partir da análise da relação entre a cobertura de ESF e número de NASFs implantados com a realização das ações de alimentação e nutrição pelas secretarias municipais de saúde, não foram encontradas associações significativas, apesar dos resultados apontarem que a maior parte das ações realizadas pelos municípios esteve relacionada com a AB.

Revisão realizada por Almeida (2014) apontou que poucos estudos citaram o nutricionista fazendo parte ou dando apoio à equipe de SF das localidades, não obstante outros estudos tenham recomendado a inserção dele na equipe ou sua ação simultânea. Além disso, outros fatores como a limitação do tema de alimentação e nutrição, sobrecarga do enfermeiro na saúde da família e ausência do nutricionista podem ter contribuído para que as ações de alimentação e nutrição aparecessem diluídas (ALMEIDA, 2014).

Os resultados deste estudo remetem à implementação da PNAN não se dar de forma isolada em relação às demais políticas públicas, relacionando-se especialmente com as Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional e Política de Atenção Básica. Nos últimos anos tem-se observado uma expansão da rede serviços de saúde nos distintos pontos de atenção à saúde, sendo ainda necessário o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a comunicação entre esses, a troca de saberes entre os profissionais, além de formas de organização mais eficientes para a coordenação do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da PNAN nos municípios brasileiros, embora apresente progressos, apresenta vários fatores dificultadores. Há certo distanciamento entre os atores implementadores, representados pelas secretarias municipais de saúde, do nível formulador, representado pelo Ministério da Saúde, indicado pela baixa participação dos primeiros das decisões e estratégias definidas no nível central.

Para potencializar os fatores implementadores da Política faz-se necessário aproximar mais as referências municipais do Ministério da Saúde e adotar formas mais dialógicas para a pactuação das responsabilidades federativas. O apoio institucional pode ser uma ferramenta com esse potencial, desde que esteja atrelado a processos de educação permanente.

Igualmente, faz-se necessário que o Ministério da Saúde, comunique melhor os objetivos da Política, fazendo com que as secretarias municipais de saúde compreendam a potencialidade de cada Diretriz no Cuidado prestado nos serviços de saúde. É importante considerar que a PNAN não é mais um “programa” a ser implantado, mas que apresenta diretrizes transversais que podem qualificar as ações que já são desenvolvidas pelas equipes dos diferentes pontos de atenção à saúde nos municípios.

Partindo da premissa de que políticas públicas só se constituem efetivamente como tal quando saem do papel, circulam e são apropriadas pela população a que se destinam, a PNAN carece de maior divulgação e publicização, buscando o compartilhamento de experiências exitosas para um número cada vez maior de sujeitos e grupos, podendo influenciá-los e contribuir para que possam agir em favor de sua saúde. Trata-se do desafio de defender a concepção ampliada de saúde e desmistificar a racionalidade e conhecimento médico-científico como única forma de cuidado em saúde.

Alguns aspectos que necessitam maior investimento para apoiar as secretarias municipais de saúde na implementação da Política foram expostos, como a necessidade de potencializar os mecanismos de educação permanente, principalmente envolvendo a temática de gestão. A realização da pesquisa poderá proporcionar benefícios às entidades participantes, uma vez que é do interesse das secretarias municipais de saúde que os dispositivos de comunicação e apoio interfederativos sejam fortalecidos para uma melhor concretização das ações nas comunidades.

Como limitação do estudo apresenta-se o fato de não ter ouvido as áreas técnicas de alimentação e nutrição e desta forma não ter elementos para aprofundar o conhecimento sobre os principais entraves encontradas para a implementação da PNAN na visão dos gestores. Essa perspectiva poderia apontar redirecionamentos nos rumos da Política.

O resultado do estudo ficará disponível às instituições interessadas, como o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais de saúde, que mesmo não tendo sido, diretamente, objeto desse estudo apresentam como função apoiar e monitorar os municípios na implementação de políticas públicas, além de se integrarem como componente da gestão tripartite. Por fim, será disponibilizado também às secretarias municipais de saúde, bem como suas instâncias representativas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Camilla Botêga; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutr., Campinas** , v. 28, n. 2, p. 207-216, Apr. 2015.

ALMEIDA, Ivana Aragão Lira Vasconcelos. Elementos para a organização das ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família. 2014. x, 189 f., il. Tese (Doutorado em Nutrição Humana)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, Sept. 2007.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019>.

BORELLI, Marina et al . A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 9, p. 2765-2778, Sept. 2015.

BRASIL. Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília – DF, 1990.

BRASIL. Decreto Nº 7.272, DE 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política

Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo Brasília DF 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.357, de 23 de junho de 2006. Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e normatiza a utilização do saldo restante dos recursos financeiros referentes ao Incentivo de Combate a Carências Nutricionais (ICCN) nos municípios qualificados. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dialogando Sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto do SUS / Ministério da Saúde.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1738 de 19 de Agosto de 2013. Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília –DF, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2715 de 17 de Novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário oficial da União, poder executivo, Brasília, DF, 21 out 2011.

BRASIL. Presidência da república. Casa Civil. Lei no 4.320, de 17 de março de 1964. Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, 1964.

CARVALHO, Maria de Lourdes de; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; SOARES, Jeferson Boechat. Implementação de Política Pública: Uma Abordagem Teórica e Crítica. **X Colóquio Internacional Sobre Gestion Universitaria Em America Del Sur**. 2010

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE. As causas sociais das iniquidades sociais no Brasil. Abril, 2008.

CONTI, Irio Luiz. Segurança alimentar e nutricional : noções básicas / Irio Luiz Conti. – Passo Fundo : IFIBE, 2009. 62 p. ; 25 cm. – (GenteSAN ; 1).

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Organizado por Giovanella, Lúcia; Escorel, Sara; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antônio Ivo de. 1ª reimpressão (2ª edição): 2013. Coedição com o Cebes, Rio de Janeiro, 2013.

FRANKE, Débora; ASSMANN WICHMANN, Francisca Maria; PRÁ, Daniel. Estilo de vida e fatores de risco para o sobrepeso e obesidade em mulheres de baixa renda. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 1, out. 2008. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/546>>. Acesso em: 30 jan. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v8i1.546>.

HEIDEMANN, Francisco G; SALM, José Francisco; GUIMARÃES, Tomás De Aquino. **Políticas Públicas e Desenvolvimento: Bases Epistemológicas e Modelos de Análise**. Editora Unb. 3ª Ed, Brasília 2014.

IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas. A dinâmica Demográfica Brasileira e os impactos nas políticas públicas. Rio de Janeiro, pg. 23 a 40. 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar :2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016.

JAIME, Patrícia Constante e SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **rev. Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, N.51, p. 72-85, Outubro, 2014;

KAC, Gilberto; VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, p. S4-S5, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700001&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700001>.

KILSZTAJN S; ROSSBACH A; CÂMARA MB; CARMO MSN. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Rev Bras Estud Popul**. 2003;20(1):93-108. [

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEÃO, Marília; CASTRO, Inês Rugani de. In **Epidemiologia Nutricional**. Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Atheneu; 2007.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 21, n. 48, p. 101-110, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al . Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 38, 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102015000100227&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017. Epub July 10, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-9102015049006132>.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 217-226, June 2015 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, dez. 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo; Baptista, Tatiana Vargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. ed. Fiocruz. Rio de janeiro, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. [tese de doutorado]. Campinas, 2011.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 170-183, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200016>.

POPKIN, B. M. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v. 5, n. 1, p. 93-103, 2002.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-79, Jan. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100011>.

REIS, Camila. Avaliação da Utilização do Repasse Fundo a Fundo para Estruturação e Implementação das Ações de Alimentação e Nutrição. Dissertação de Mestrado, Brasília, 2015. 91f

SALA DE GESTÃO ESTRATÉGICA. <http://sage.saude.gov.br/#>. acesso em: 28/01/2017.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dec. 2004.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.

SOTELO, Y. O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

TANUR, J. Advances in methods for large-scale surveys and experiments. In: ADAMS, R. et al. (ed.), **Behavioral and Social Science Research: A National Resource, Part II**. Washington, D.C.: National Academy Press, p 294-372, 1982. Disponível em: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED228114.pdf>.> Acesso em: 10 nov. 2015

TESOURO NACIONAL. Execução Orçamentária e Financeira. Portal SIAFI. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/carrossel-siafi-03>> acesso em 13/11/2016.

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

VIANA. Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Rev. de Administração Pública**. v. 30, n. 2. 1996

APÊNDICE A: RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS CUJAS ÁREAS TÉCNICAS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO PARTICIPARAM DO INQUÉRITO DESENVOLVIDO PELA CGAN - 2016:

UF	Nome do Município
AC	Rio Branco
AM	Manaus
AP	Macapá
BA	Camaçari
BA	Lauro de Freitas
BA	Ilhéus
BA	Vitória da Conquista
BA	Juazeiro
BA	Itabuna
BA	Feira de Santana
Ba	Salvador
CE	Juazeiro do Norte
CE	Maracanaú
CE	Caucaia
CE	Fortaleza
ES	Serra
ES	Cariacica
ES	Vitória
ES	Vila Velha
GO	Anápolis
GO	Águas Lindas de Goiás
GO	Rio Verde
MA	Timon
MA	São Luís
MA	São José de Ribamar

MA	Imperatriz
MG	Sete Lagoas
MG	Ibirité
MG	Betim
MG	Belo Horizonte
MG	Uberaba
MG	Ipatinga
MG	Governador Valadares
MG	Contagem
MG	Ribeirão das Neves
MG	Montes Claros
MG	Uberlândia
MG	Santa Luzia
MG	Divinópolis
MG	Poços de Caldas
MS	Campo Grande
PA	Santarém
PA	Castanhal
PA	Ananindeua
PA	Belém
PA	Parauapebas
PB	João Pessoa
PE	Olinda
PE	Caruaru
PE	Paulista
PE	Cabo de Santo Agostinho
PE	Recife
PI	Teresina – SES
PR	Curitiba
PR	Maringá
PR	Colombo

PR	Londrina
PR	Ponta Grossa
PR	Cascavel
PR	São José dos Pinhais
SC	Foz do Iguaçu
SC	Guarapuava
RJ	Teresópolis
RJ	Macaé
RJ	Volta Redonda
RJ	Niterói
RJ	Campos dos Goytacazes
RJ	São Gonçalo
RJ	Barra Mansa
RJ	Angra dos Reis
RJ	Cabo Frio
RJ	Nova Friburgo
RJ	Mesquita
RJ	Petrópolis
RJ	Itaboraí
RJ	São João de Meriti
RJ	Rio de Janeiro
RN	Mossoró
RN	Parnamirim
RO	Porto Velho
RR	Boa Vista
RS	Alvorada
RS	Canoas
RS	Caxias do Sul
RS	Gravataí

RS	Novo Hamburgo
RS	Passo Fundo
RS	Pelotas
RS	Porto Alegre
RS	Rio Grande
RS	Santa Maria
RS	São Leopoldo
SC	Viamão
SC	Blumenau
SC	Itajaí
SC	Lages
SC	Chapecó
SC	Criciúma
SC	Joinville
SC	Florianópolis
SC	São José
SC	Nossa Senhora do Socorro
SE	Aracaju
SP	Mogi das Cruzes
SP	Araçatuba
SP	Bauru
SP	Diadema
SP	Ferraz de Vasconcelos
SP	Guarujá
SP	Itapeçerica da Serra
SP	Itapevi
SP	Jacareí
SP	Jundiaí
SP	Limeira
SP	Mauá

SP	Mogi das Cruzes
SP	Osasco
SP	Pindamonhangaba
SP	Piracicaba
SP	Presidente Prudente
SP	Ribeirão Preto
SP	Rio Claro
SP	Santa Bárbara d'Oeste
SP	Santo André
SP	Santos
SP	São Bernardo do Campo
SP	São José do Rio Preto
SP	São José dos Campos
SP	São Paulo
SP	São Vicente
SP	Suzano
SP	Taboão da Serra
SP	Taubaté
SP	Itu
TO	Araguaína
SP	Araraquara

APÊNDICE B – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Implementação das ações de alimentação e nutrição no SUS: perfil e caracterização no âmbito dos estados e municípios

Implementation of food and nutrition actions in SUS: profile and characterization in the scope of states and municipalities

Autores: Ana Carolina Lucena Pires. Especialista em Saúde da Família e Comunidade e discente do Programa de pós-graduação em saúde coletiva da faculdade de Ciências da saúde da Universidade de Brasília. Participou na concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem. Doutora em Ciências. Universidade de Brasília. Professora adjunta da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília e pesquisadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva na área de concentração Política, planejamento, gestão e atenção à saúde. Participou na concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Maria Regina Fernandes de Oliveira. Doutora em Saúde Pública. Docente vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília como professora adjunta da subárea de epidemiologia da área de Medicina Social e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, na área de concentração Epidemiologia e Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Participou na concepção, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo.

Correspondência: Tânia Rehem. Universidade de Brasília, UNB - Campus Ceilândia. QNN14 - Área Especial; Ceilândia Sul; 72220-140 - Brasília, DF – Brasil; Telefone: (61) 33767487

Tania.rehem@gmail.com; carol.lucena.pires@gmail.com; regifer@unb.br

Resumo: Esse artigo tem como objetivo descrever o perfil dos estados e municípios que recebem o financiamento federal para implementação das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde e apresentar as principais ações desenvolvidas por estes municípios em relação à atenção nutricional. Caracteriza-se por estudo quantitativo de caráter descritivo e

exploratório do tipo inquérito. O perfil dos municípios demonstram um bom padrão de desenvolvimento econômico e social, colocando-os numa posição favorável à operacionalização de políticas públicas. Apresentam cobertura de ESF de 50,83%, e implantação dos NASF, em 64% (n=115), sendo aqueles com maior número de NASFs implantados as capitais: São Paulo, Rio de Janeiro, e Belo Horizonte. Observou-se baixa execução orçamentária do FAN, dificuldades nos trâmites da administração pública e pouca disponibilidade de outros recursos para operacionalização das ações, que foram em maior parte investidas na diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Concluiu-se que a Educação permanente e especialmente o tema da gestão pública devem ser incluídos na agenda dos entes federativos, com vistas a qualificar os processos de gestão. A realização de ações articuladas com outras áreas tem sido uma estratégia utilizada para desenvolvimento das ações.

Palavras-chave: Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação, Política Nutricional, Política Social;

Abstract: This article aims to describe the profile of the states and municipalities that receive federal funding for the implementation of food and nutrition actions in the Unified Health System and present the main actions developed by these municipalities in relation to nutritional care. It is characterized by a quantitative study of descriptive and exploratory character of the type inquiry. The profile of municipalities shows a good pattern of economic and social development, placing them in a position favorable to the operationalization of public policies. They present coverage of ESF of 50.83%, and implementation of NASF, in 64% (n = 115), being those with the highest number of NASFs implanted in the capitals: São Paulo, Rio de Janeiro, and Belo Horizonte. It was observed a low budget execution of the FAN, difficulties in the procedures of the public administration and little availability of other resources for operationalization of the actions, which were mostly invested in the Guideline of Promotion of Adequate and Saúdável Food. It was concluded that permanent education and especially the subject of public management should be included in the agenda of federal entities, with a view to qualify the management processes. The implementation of actions articulated with other areas has been a strategy used to develop actions.

Key words: Nutrition Programs and Policies; Nutrition Policy; Public Policy

INTRODUÇÃO:

Segundo Brasil (2012), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), apresenta 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. Apresenta como diretriz norteadora a organização da atenção nutricional, compreendida como os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à

promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades.

Tal política faz interface com a Política Nacional de Promoção da Saúde, uma vez que suas diretrizes constituem-se como um dos eixos fundamentais de serem trabalhados para o alcance dos objetivos do Plano Nacional para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as DCNT, com vistas a enfrentar o que, segundo Malta (2014), se constitui atualmente como o problema de maior magnitude no país, correspondendo a 72% das causas de mortes, apresentando ainda uma forte determinação de iniquidade às camadas mais pobres da população e grupos vulneráveis.

Enquanto política pública, a utilização de preceitos desse campo de estudos pode contribuir com a análise sobre sua implementação. Lima e D'ascenzi (2012) argumentam que os estudos sobre implementação está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras.

Segundo Fleury e Ouverney (2013, p. 16), a política pública pode apresentar diferentes interesses e não apenas aqueles voltados à reprodução dos direitos de indivíduos e coletividades e estaria submetida aos modelos de proteção sociais existentes. Essas seriam definidas como “um conjunto de ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social” que tradicionalmente abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social. Cada uma delas está voltada à proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados.

Mattos (2011, p.16) define política pública não apenas a partir do que é promovido a partir dos Estados e seus governos, mas também pelos movimentos que podem possibilitar a inclusão, mudança ou entrada de novos temas na agenda decisória, sendo fundamental identificar os participantes do processo político e como se definiram os rumos da ação política, incluindo os embates e disputas que determinaram o que ficou e o que saiu na política oficial.

Tal qual definido por Mattos, as políticas públicas de alimentação e nutrição historicamente foram construídas ou desconstruídas a partir do jogo de interesses econômicos, sociais e políticos que se operaram entre os distintos segmentos sociais de cada conjuntura

pela qual passou o Brasil, sendo reportadas as primeiras intervenções nesse campo a partir da década de 40, conforme Vasconcelos, (2005).

Enquanto política pública social e como parte do Sistema Único de Saúde apresenta a pactuação interfederativa como um dos preceitos primordiais para que as ações possam ser assumidas e incorporadas no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e com isso consolidarem-se em todo o território nacional. (BRASIL, 2012). Além disso, esta se compõe como responsabilidade sanitária prevista no Pacto de gestão do SUS, onde as diferentes esferas federativas compartilham responsabilidades para a consolidação das diretrizes do Sistema nacionalmente.

Considerando os repasses financeiros realizados pela União aos estados e municípios para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição, vem à tona a questão sobre como vem se dando o processo de implementação da PNAN nessas esferas?

Dessa forma, e considerando a importância da identificação de fatores que podem estar influenciando positiva ou negativamente em sua implementação, esse artigo tem como objetivo descrever o perfil dos estados e municípios que recebem o financiamento federal para implementação das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde e apresentar algumas ações desenvolvidas pelos estados e municípios relevantes para a análise sobre sua implementação.

METODO

Foi realizado estudo exploratório de caráter descritivo com o objetivo de apresentar o perfil dos estados e municípios que receberam financiamento federal nos últimos dez anos (2006-2016) para estruturar uma área de alimentação e nutrição nas secretarias estaduais e municipais de saúde e implementar a organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, especialmente na atenção básica. Dessa forma, busca trazer elementos para análise da atual conjuntura do processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Para o delineamento do perfil dos municípios foram considerados como variáveis o PIB per capita, o Índice de Desenvolvimento Humano, a cobertura de estratégia de saúde da família e número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A cobertura de atenção Básica é calculada considerando a população estimada que apresente acesso à Atenção básica,

obedecendo aos diferentes tipos de equipe instituídos na Política Nacional de Atenção Básica, dividido pela população total do município.

Além dessas variáveis, foi considerado o porte populacional acima de cento e cinquenta mil (>150.000 habitantes), conforme critério estabelecido pelo Ministério da Saúde para realização dos repasses (BRASIL, 2013). São, portanto considerados como de grande porte populacional, segundo indicadores de classes de tamanho populacional do IBGE, 2010. Apesar dos grandes municípios corresponderem a um número pequeno em relação aos demais municípios brasileiros, que em sua maioria apresentam porte médio, esses concentram a maior parcela da população.

Assim, foram incluídos no estudo 179 municípios que têm recebido, no âmbito do setor saúde, financiamento federal para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição – FAN, mais as 26 secretarias estaduais de saúde, formalizadas nas respectivas coordenações ou áreas técnicas de alimentação e nutrição e a secretaria distrital de saúde do Distrito Federal.

O recurso destinado ao financiamento das ações de alimentação e nutrição foi instituído no ano de 2006 e desde então é repassado anualmente aos entes federados habilitados em portaria (BRASIL, 2006). Não houve critérios de exclusão.

Utilizou-se também dados de sistema de informação do Ministério da Saúde composto por informações coletadas junto às áreas responsáveis por coordenar as ações de alimentação e nutrição nas respectivas secretarias de saúde buscando complementar as informações a respeito das ações implementadas. Essa se deu na perspectiva de pesquisa de inquérito, que é um meio de obtenção de dados ou informações a respeito de opiniões, características ou ações de um determinado grupo de pessoas, selecionando para isso uma população alvo, por meio da utilização de um instrumento de pesquisa que é geralmente um questionário (TANUR, 1982).

Os representantes das áreas responsáveis pela gestão das ações de alimentação e nutrição foram contatados por correio eletrônico e receberam um link para acessar o formulário eletrônico que ficou disponível para inserir as respostas durante o período compreendido entre 22/04 a 14/07 de 2016. Esse foi elaborado a partir de questões relacionadas ao planejamento, monitoramento, execução financeira, articulação inter e intrasetorial, bem como envolvimento com as instâncias de controle social e foi dividido nos seguintes eixos para coleta das informações: (1) - Atualização dos dados cadastrais e orçamentários, que consistia de informações sobre a existência de responsável técnico e/ou equipe na secretaria de saúde responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição,

solicitando seus contatos e dados sobre a disponibilidade e utilização de incentivo financeiro; (2)- Implantação das diretrizes prioritárias de acordo com artigo 2º da Portaria nº 1738, de 19/08/2013, abrigando informações sobre que tipos de ações foram desenvolvidas relacionadas a essas; (3)- Utilização dos instrumentos de gestão do SUS, controle social e articulações interna e externa.

Foi-lhes encaminhado por correio eletrônico um manual instrutivo destinado a apoiá-los quanto ao preenchimento do questionário, descrevendo qual informação estava sendo solicitada no campo e deixando exemplos para esclarecer sobre as informações que estavam sendo solicitadas. Eventuais dúvidas sobre o questionário foram esclarecidas por telefone e por correio eletrônico pela área técnica de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde.

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, buscando indicar as principais características do conjunto de municípios estudados. As informações foram organizadas segundo macrorregiões políticas (regiões norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) e também por porte populacional. Além disso, buscou-se considerar os conceitos utilizados pela administração pública quanto aos instrumentos de planejamento, incluindo a Programação anual de ações e o relatório anual de gestão, bem como análise sobre execução orçamentária. Segundo o Portal do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI, 2016, executar o orçamento é realizar as despesas públicas nele previstas, seguindo à risca os três estágios da execução das despesas previstos na Lei nº 4320/64: empenho, liquidação e pagamento. Como instrumento de gestão, o orçamento público obedece a princípios, sendo um deles o da anualidade, que define que esse deve ter uma periodicidade em que fica vigente, sendo geralmente de um ano, fato pelo qual os resultados sobre execução orçamentária apresentados foram divididos nos anos de 2014 e 2015, por haverem informações completas sobre esses exercícios orçamentários.

Por se tratar de dados gerenciais obtidos por meio de sistema de informação público e sem identificação sobre os gestores ou representantes das áreas respondentes, o presente estudo foi dispensado de avaliação do comitê de ética em pesquisa, de acordo com resolução Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, que dispõe “sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

RESULTADOS

Primeiramente serão apresentadas as informações a respeito do perfil dos municípios que recebem o financiamento federal das ações de alimentação e nutrição, considerando as variáveis de PIB per capita, Índice de Desenvolvimento Humano, Cobertura de Estratégia Saúde da Família e Número de NASFs implantados. Depois será exposto o resultado de inquérito voltado aos coordenadores das ações de alimentação e nutrição trazendo informações gerenciais sobre o planejamento e efetivação das ações nos estados e municípios, considerando as diretrizes da PNAN, envolvendo os temas da gestão orçamentária, institucionalidade da área técnica, planejamento, articulações inter e intra setoriais realizadas e envolvimento dos órgãos de participação social no monitoramento e controle das ações de alimentação e nutrição localmente.

O questionário enviado por correio eletrônico às coordenações estaduais e municipais foi acompanhado de manual instrutivo destinado a apoiá-las quanto a seu preenchimento, havendo instruções sobre quais informações estavam sendo solicitadas nos campos e deixando exemplos para esclarecê-los.

Como limitação do estudo na fase de coleta, indica-se que alguns e-mails dessas referências se encontravam desatualizados, sendo possível que alguma delas não tenha recebido o link para preenchimento do formulário. Entretanto, a taxa de defasagem nos e-mails, ou seja, número de e-mails inválidos por alteração ou desatualização, foi encontrada numa razão de 3% em relação aos e-mails válidos e o número de não resposta ao questionário foi considerado baixo, uma vez que foram respondidos 153 questionários, dos 206 possíveis, sendo 135 de Secretarias Municipais de Saúde e 18 de Secretarias Estaduais de Saúde, correspondendo a 76,1% e 65,38% dos municípios e estados contemplados com o recurso, respectivamente. Todas as regiões brasileiras foram representadas, indicando uma boa representatividade. Esclarece-se que a secretaria distrital do DF foi adicionada à categoria de secretaria municipal de saúde para melhor adequá-la aos critérios de comparação.

Observou-se que os estados que apresentaram um maior número de respondentes se concentrou na região sudeste, com 44% desses (n=68) e nordeste, com 21% (n=33). A primeira devendo-se ao fato de nessa região haver uma maior concentração de municípios de grande porte, com população superior a 150 mil habitantes, comparado às demais regiões do país: algo também observado na região sul, que obteve 20% (n=30) dos respondentes. A região centro-oeste foi a que apresentou um menor número de municípios participando,

representando 5% (n=7) com essa característica, portanto aquela com menor número de respondentes.

Na tabela 01 são apresentadas as características agrupadas sobre os municípios com população acima de 150 mil habitantes, para permitir conhecer melhor o perfil desses bem como adequabilidade em relação à implantação das ações de alimentação e nutrição. Os resultados serão apresentados considerando as regiões do país e a distribuição espacial dos municípios que recebem financiamento federal para a estruturação e desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição.

Tabela 01. Características das regiões macroeconômicas, segundo variáveis selecionadas, a partir do agrupamento dos municípios que recebem financiamento federal para estruturação das ações de alimentação e nutrição, Brasil, 2016.

REGIÃO	Numero de municípios por região com pop. A partir de 150 mil hab.	Varição do PIB per capita, segundo os municípios contemplados na região	Média do PIB Per capita nos municípios	Média do IDH_M_2010 dos municípios contemplados	Média de cobertura populacional de AB	Média do N° de NASFs implantados nos municípios
Norte	18	3.303,24 – 103.403,99	17.315,00	0,71	57,55%	2
Nordeste	31	7084,49 – 55.063,52	14.184,00	0,71	65,68%	6
Centro Oeste	12	4242,15 – 58.489,46	21.146	0,75	40,66%	2
Sudeste	90	6274,9 – 115.319,91	26.933	0,76	44,05%	4
Sul	29	7528,2 – 83.075,82	26.351,00	0,77	56,06%	2
Médias	-	-	23.295,00	0,75	50,83%	4

Nos municípios que recebem o financiamento federal para estruturação das ações de alimentação foi observada uma média de cobertura de atenção básica de 50,83% e mediana de 49,63%. Quanto à implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, observou-se que

dos 180 municípios analisados, 64% (n=115) deles tinham pelo menos 1 NASF implantado, sendo os municípios com maior número de NASFs implantados as capitais: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e João Pessoa.

A região do país que obteve o maior número médio de NASFs por município foi a nordeste, sendo essa também a que apresentou uma maior homogeneidade em relação ao número desses, ou seja: dos 31 municípios contemplados na região, apenas três não apresentavam nenhum NASF implantado, enquanto na região sudeste com 90 municípios contemplados, apesar de concentrar aqueles com maior número de NASFs, foi a que apresentou uma maior disparidade entre os municípios, sendo observado que enquanto em um único município há 72 NASFs implantados, como é o caso de São Paulo, 62,5% (n=45) municípios (50%, entre a amostra investigada) da região sequer apresentam um NASF implantado.

Quanto aos resultados das questões trazidas no inquérito, as variáveis pesquisadas constituíram-se de questões relacionadas à gestão das ações de alimentação e nutrição, envolvendo a institucionalidade da área técnica responsável por geri-las, execução orçamentária, utilização de instrumentos de planejamento (PPA e relatório de gestão), articulações intra e intersetoriais realizadas e envolvimento do controle social no acompanhamento da efetividade das ações dos entes públicos.

Quanto à existência de uma equipe na secretaria responsável por gerir as ações de alimentação e nutrição, considerando secretarias estaduais e municipais de saúde (n=153), verificou-se que 56,7% (n=101) desses, apresenta uma equipe, além do coordenador das ações, que se constitui como uma evidência importante sobre a institucionalidade da área nas respectivas secretarias de saúde.

Entrando na apresentação dos resultados a respeito do orçamento, esclarece-se que enquanto instrumento de gestão pública, obedece a princípios como (1) unidade, que deve ser único e (2) anualidade, que define que o orçamento deve ter uma periodicidade de vigência, normalmente sendo anual. Todas as esferas federativas devem cumprir aos princípios para execução do orçamento, incluindo os envolvidos com o Financiamento das ações de Alimentação e Nutrição – FAN. Esses devem elaborar um Plano de ações compondo as estratégias e necessidades a serem efetivados de acordo com a finalidade da Portaria e alinhados aos objetivos e necessidades locais traçados.

Considerando esses conceitos, para análise sobre a execução orçamentária das secretarias estaduais e municipais de alimentação e nutrição, foram consideradas faixas de

execução em quartis, sendo o primeiro quartil como o valor executado por 25% dos entes, o segundo, pela mediana ou 50% dos percentis, o terceiro, por 75% dos percentis e o quarto pelo valor mais alto praticado. Os entes federativos foram analisados separadamente, tendo em vista as distintas atribuições entre eles e para permitir compará-los. Observou-se entre as secretarias estaduais de saúde, no ano de 2014: no primeiro quartil uma execução de 8,28%, no segundo, 21,01%, no terceiro, 48,26% e no quarto, 100%. Cinco entes federativos dos 17 respondentes não souberam informar sua faixa de execução. Essa, portanto situou-se entre faixas de baixa execução orçamentária, podendo demonstrar o baixo nível de implementação das ações planejadas, ou a falta de articulação da área técnica responsável pelas ações de alimentação e nutrição e os núcleos mais duros, como o planejamento e gestão financeira e compras da secretaria.

No mesmo ano, considerando as secretarias municipais de saúde, constatou-se que o primeiro quartil, correspondeu a zero; o segundo foi de 5,8%; o terceiro correspondeu a 33,7% e o quarto 2667%, demonstrando uma baixa execução orçamentária e ainda menor do que a encontrada entre as secretarias estaduais. Cerca de 23% (n=35) dos municípios não souberam informar sua execução orçamentária.

No ano de 2015, considerando-se as secretarias municipais de saúde, o primeiro quartil correspondeu à zero, o segundo a 7,3%, o terceiro a 40,7% e o quarto, 4975%, havendo um percentual de 16,33% (n=25) que não souberam responder qual sua execução orçamentária. Entre as secretarias estaduais de saúde, considerando do primeiro ao quarto quartil respectivamente: 7,46%; 23,94%; 67,45% e 94,06%, com 4 sec. Estaduais que não souberam informar sua execução.

Os dados dos municípios demonstraram menor execução orçamentária em comparação com os estados. Entretanto em 2015 10% (n=13) dos municípios executaram mais que 100% do valor disponível, devido à existência de outras fontes de recurso para execução das ações de alimentação e nutrição.

Ao questionar se as referências estaduais tiveram dificuldade na execução dos recursos, a maioria desses respondeu que sim, 12 entre os 18 respondentes. Entre as secretarias municipais de saúde o percentual daqueles que afirmaram ter essa dificuldade foi de 56,2%.

As principais dificuldades apontadas pelas áreas técnicas estaduais de saúde foram a (1) morosidade nos processos licitatórios; (2) a falta de autorização pelo setor executivo da secretaria (Secretário de saúde, setor financeiro, setor de planejamento); (3)

contingenciamento no estado; (4) número insuficiente de profissionais na equipe com perícia para tratar dos trâmites burocráticos e mudanças na estrutura organizacional.

As duas principais dificuldades apontadas pelas áreas técnicas municipais de alimentação e nutrição foram as mesmas relatadas pelas estaduais, e ainda: (3) impossibilidade de aquisição de despesas de natureza de capital; (4) falta de conhecimento de como utilizar o recurso; (5) inserção do recurso na previsão orçamentária do município; (6) contingenciamento e (7) insuficiência de pessoas na equipe com conhecimento em trâmites burocráticos.

Em relação à existência de outras fontes de recurso para financiamento das ações de alimentação e nutrição nas secretarias estaduais de saúde além do FAN, constatou-se que a maior parte (n=13) não apresenta, sendo que quatro afirmaram obter receitas de outras fontes orçamentárias para financiar as ações de alimentação e nutrição. Entre as secretarias municipais de saúde constatou-se que 62% desses contam apenas com o FAN para financiar essas ações, enquanto 38% podem contar com outras fontes.

Os tipos de outras fontes de recursos utilizadas pelos municípios além do FAN para financiamento das ações de alimentação e nutrição foram (1) recursos próprios do tesouro municipal; (2) recursos da atenção básica (PABs fixo e variáveis); (3) recursos do teto de vigilância em saúde e o (4) Índice de Gestão Descentralizado Municipal - IGD-M.

Apesar da PNAN apresentar nove diretrizes, a portaria do FAN define quatro como prioritárias para o desenvolvimento das ações, sendo elas a (1) Promoção da alimentação adequada e saudável; (2) Vigilância alimentar e nutricional; (3) Prevenção e controle das carências nutricionais e (4) qualificação da força de trabalho. Ao questionar as coordenações estaduais e municipais de saúde em quais diretrizes estavam relacionadas às ações implementadas no ano de 2015, apresentou-se os resultados da tabela 04.

Observa-se que a maior parte das ações se concentra na Diretriz de Promoção da Alimentação adequada e saudável, apontando que as maiores necessidades levantadas no território estão relacionadas com a mudança dos padrões alimentares e perfil epidemiológico locais.

Tabela 04 – Diretrizes prioritárias expressas pela Portaria do FAN nas quais foram desenvolvidas ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasil, 2015.

Ações desenvolvidas segundo as Diretrizes Priorizadas pelas secretarias municipais de saúde	Frequência	Porcentagem válida
PAAS* - Monitoramento - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição – Qualificação da força de trabalho	67	48,9
PAAS* - Monitoramento - Qualificação da força de trabalho.	11	8,0
PAAS*	11	8,0
PAAS* - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição - Qualificação da força de trabalho	7	5,1
PAAS*- Monitoramento	6	4,4
PAAS- Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição	6	4,4
PAAS* - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	6	4,4
Não foram realizadas ações de alimentação e nutrição. A SES/SMS teve outras prioridades;	5	3,6
Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	4	2,9
Monitoramento da situação alimentar e nutricional	4	2,9
Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição;	3	2,2
Monitoramento - Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição	1	,7
Monitoramento da situação alimentar e nutricional - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	2	1,5
Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição - Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.	2	1,5
(vazias)	2	1,5
Total	137	100,0

* PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Em busca de identificar quais as principais ações desenvolvidas que se relacionavam a cada uma das diretrizes, solicitou-se que essas fossem apontadas separadamente. Na Diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável a atividade mais desenvolvida pelas coordenações estaduais de saúde, com 28,9% (n=11) foi relacionada ao Programa Saúde na

escola, enquanto nos municípios foi mais presente o desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, representando 31,6% (n=73).

Na Diretriz de monitoramento da situação alimentar e nutricional foi mais frequente tanto para as secretarias estaduais, 39,1% (n=9) como as municipais de saúde, 43,1% (n=81) o desenvolvimento de ações relacionadas ao Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica; Destaca-se o baixo registro de ações relacionadas com o desenvolvimento de pesquisas na área de alimentação e nutrição para subsidiar dados locais sobre as características da população, havendo nos municípios um registro maior do que no estado.

Quanto a diretriz de prevenção e controle dos agravos nutricionais, nas secretarias estaduais é mais comum o envolvimento com o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento de hipovitaminose A, 31,9% (n=15), enquanto nos municípios prevaleceu o desenvolvimento de atividades voltadas à prevenção e tratamento da obesidade, 28,8% (n=60).

Quanto à qualificação da força de trabalho as capacitações foram as ações mais realizadas, tanto pelas secretarias estaduais, 35,7% (n=10) como as municipais, 40,3% (n=62).

Na tabela 5 são apresentadas as ações desenvolvidas pelos entes estaduais e municipais em cada Diretriz prioritária.

Tabela 05 Ações desenvolvidas em cada Diretriz prioritária pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasil, 2015.

DIRETRIZ DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO					
ADEQUADA E SAUDÁVEL		SES	%	SMS	%
Desenvolvimento de grupos operativos envolvendo a temática sobre saúde e nutrição em articulação com os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família - NASF;					
		9	23,7	73	31,6
Desenvolvimento de atividades no âmbito do Programa Academia da Saúde;					
		4	10,5	21	9,1
Desenvolvimento de oficinas de formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta;					
		10	26,3	47	20,3
Desenvolvimento de Atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do Programa Saúde na escola					
		11	28,9	66	28,6

Outra	4	10,5	24	10,4
DIRETRIZ DE MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO				
ALIMENTAR E NUTRICIONAL	SES	%	SMS	%
Registro das informações sobre o estado nutricional de diferentes grupos populacionais a partir do atendimento individual ou coletivo das equipes de atenção básica;				
	9	39,1	81	43,1
Registro das morbidades associadas aos principais desvios nutricionais;				
	3	13,0	28	14,9
Controle das carências nutricionais específicas e registro nos sistemas de informação correspondentes;				
	7	30,4	26	13,8
Utilização de marcadores do consumo alimentar;				
	2	8,7	32	17,0
Realização de pesquisa envolvendo aspectos relacionados à alimentação e nutrição da população do município;				
	1	4,3	8	4,3
Aquisição de equipamentos antropométricos				
	0	0,0	13	6,9
Outras iniciativas				
	1	4,3	0	0,0
DIRETRIZ DE PREVENÇÃO E CONTROLE DOS AGRAVOS				
NUTRICIONAIS	SES	%	SMS	%
Desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento da desnutrição infantil;				
	10	21,3	47	22,6
Desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento da obesidade;				
	9	19,1	60	28,8
Desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento da anemia;				
	8	17,0	45	21,6
Desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento de hipovitaminose A;				
	15	31,9	42	20,2
Desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e tratamento do Beri Beri				
	0	0,0	0	0,0
Outras iniciativas;				
	5	10,6	14	6,7
DIRETRIZ DE QUALIFICAÇÃO DA FORÇA DE				
TRABALHO	SES	%	SMS	%
Capacitações				
	10	35,7	62	40,3
Desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde				
	0	0,0	43	27,9
Apoio para realização de cursos de pós graduação;				
	7	25,0	27	17,5
Parceria com universidades/faculdades para realização de eventos de atualização técnica;				
	0	0,0	11	7,1
Outras atividades				
	0	0,0	11	7,1
Desenvolvimento de ações no âmbito do Telessaúde				
	6	21,4	0	0,0
Desenvolvimento de ações utilizando ferramentas da Redenutri				
	1	3,6	0	0,0

Realização de seminários/oficinas temáticas;	4	14,3	0	0,0
--	---	------	---	-----

DISCUSSÃO

Considerando o modelo de ciclo de políticas públicas, a fase de implementação constitui-se como o momento que antecede os primeiros esforços avaliativos, fase em que são produzidos os resultados concretos da política pública, ou em que intenções convertem-se em ações (LIMA E D'ASCENZI, 2012). Os mesmos autores argumentam que o campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras.

Nesse contexto, as características dos municípios estudados demonstram esses apresentam um bom padrão de desenvolvimento econômico e social, colocando-os numa posição favorável à operacionalização de políticas públicas.

Segundo Sousa e Hamann, 2009, a AB constitui-se como primeiro nível de atenção à saúde, apresentando o papel de ordenar e coordenar as RAS. Sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos e materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Tendo a atenção nutricional como diretriz norteadora e sendo focada nas dimensões de indivíduo, família e comunidade, respeitando as especificidades de diferentes grupos populacionais e comunidades tradicionais, a atenção básica se configura como um ponto de atenção oportuno para o desenvolvimento das diretrizes da PNAN e à continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção à saúde. É nela que as principais ações estratégicas e programas de alimentação e nutrição acontecem, como a estratégia de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, as atividades de educação em saúde envolvendo as diretrizes para alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional e os programas de suplementação de micronutrientes.

Dessa forma o fortalecimento da Atenção básica poderá influenciar diretamente no alcance e efetividade do emprego das ações de alimentação e nutrição e de sua organização e acesso na Rede de atenção à Saúde. No que se pôde observar quanto à cobertura de Estratégia

Saúde da Família dos municípios analisados, essa se encontra numa fase de expansão, tendo em vista que em média se situaram na faixa de 50%. As regiões norte e nordeste foram as que obtiveram as maiores coberturas em relação às regiões sudeste e centro oeste. Tal fato corrobora com o fato da implementação da política de atenção básica ter se dado de forma mais intensa nessas regiões, apesar de ter se desenvolvido de forma mais abrangente nos pequenos municípios, de acordo com o estudo de Sousa e Hamann, 2009.

Essa expansão ainda é observada entre os municípios brasileiros. Em 2011 a cobertura da atenção básica era de 52,8%, enquanto que em 2015, segundo dados da sala de gestão estratégica essa representava cerca de 70%. No mesmo período o número de núcleos de apoio à saúde da família mais do que dobrou, passando de 1564 a 3280 até o mês de outubro de 2015, em números absolutos.

Desde 2008, o nutricionista tem sido integrado nos NASF e tem sido um dos profissionais mais presentes na composição dessas equipes, tendo um percentual de 79% em relação ao total de equipes implantadas. Salienta-se que a escolha dos profissionais que irão integrar as equipes comumente é baseada na necessidade epidemiológica e do contexto existente em cada território. A atuação desses profissionais nos NASF, no entanto, encontrou as mesmas dificuldades pelas quais os profissionais de saúde passaram quanto a uma atuação em rede, de lidar com multiprofissionalidade e o compartilhamento de saberes, apontando a necessidade de organização do processo de trabalho das equipes e formas de arranjos organizacionais capazes de potencializar a atenção prestada.

Tal fato corrobora com estudo de Aguiar, 2015, que ao investigar sobre o perfil de profissionais que atuavam no NASF no estado de Goiás verificou, na visão dessas, que as habilidades e competências adquiridas na formação estavam mais relacionadas à concepção positivista-materialista, relacionando-se às clássicas disciplinas tal como conceituado por Merhry, 2007 como "a clínica do corpo com órgãos" referindo-se ao modelo focado no adoecimento do corpo. Essas foram compostas por conhecimentos de técnica dietética, composição, propriedades e transformações dos alimentos pelo organismo humano e recuperação do estado nutricional indicando o distanciamento da formação no sentido de preparar o profissional para uma atuação interdisciplinar e mais focada na habilidade do compartilhamento de saberes, matriciamento e atuação em políticas e programas intersetoriais.

A forma de estruturação proposta para atuação do Nasf envolve uma implicação na "ampliação do escopo de ações disponíveis para o cuidado do indivíduo e/ou comunidade atendida", podendo ser interpretada como a oferta de um cuidado integral. A integralidade é

um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde e mais do que isso, um de seus pilares. Porém, entre os teóricos da saúde coletiva, esse parece ser o princípio menos visível na trajetória do SUS e na de suas práticas. Segundo Mattos, 2004, para o exercício da integralidade nos serviços de saúde, faz-se necessário aos profissionais assistir ao usuário e proceder com procedimentos clínicos para o alívio da dor ou queixa trazida por ele, mas isso apenas não seria suficiente. Aliado a isso o profissional teria que ter habilidade para pactuar e até mesmo negociar com os usuários ações de prevenção, conciliando as questões possíveis de serem aplicadas por ele à sua vida, com o conhecimento que têm e julgam ser útil a cada sujeito atendido a partir do que é trazido por eles. Seria considerar a singularidade que cada sujeito traz e fazer uma oferta de cuidado personalizada a esse.

Sem querer desconsiderar a importância de um adequado diagnóstico nutricional e de uma correta prescrição dietoterápica aos sujeitos que trazem uma demanda concreta para tal, no entanto, não é possível reduzi-lo apenas à doença que ele relata, traz ou expressa. É preciso romper com essa racionalidade, construindo uma nova forma de refletir e de se fazer saúde, que o considere em sua singularidade e tentando captar sua subjetividade, o que está por trás de sua fala, em que crenças se apoiam e como se vê representado em sua comunidade. Dessa forma estará se ofertando, além da assistência, prevenção de doenças e estará no caminho de uma prática mais próxima da integral.

Outras pesquisas esboçam propostas de como estruturar a atenção nutricional na atenção básica, como o de Borelli et al., 2015, que propõe ciclos de ações matriciais compostos de (1) Atenção e (2) diagnóstico nutricional, (3) Vigilância Alimentar e Nutricional e (4) linha de cuidado nutricional. O estudo apresentou um diferencial por experimentar um modelo para inserção matricial de um nutricionista em jornada de 40 horas para dar apoio a cerca de 6 Equipes de SF, ou duas UBS de pequeno porte, ou ainda para uma área de cobertura de aproximadamente 20 mil habitantes na zona urbana de cidade de grande porte da região sudeste. O trabalho revelou que foram eventuais as demandas por atendimento ambulatorial e que apesar de sua importância, esse tem lugar periférico na rotina da nutrição na Atenção Básica, sendo o processo de trabalho do nutricionista majoritariamente destinados à Educação em Saúde, seja por meio de atividades em grupo (nas UBS ou em equipamentos comunitários), atividades em parceria com outras estruturas de apoio social (escolas, associações de moradores, igrejas, entre outras formas de organização), visitas domiciliares e educação continuada com ACS e outros profissionais da Equipe de SF.

Entre os municípios estudados apresenta-se que o NASF tem sido uma aposta para a ampliação do escopo de atuação da AB e tem se consolidado principalmente nos grandes

centros urbanos, chegando até a se encontrar concentrados, principalmente os situados na região sudeste. Em contrapartida a isso, encontra-se uma maior homogeneidade no número de NASFs implantados por municípios na região nordeste.

Em relação aos dados coletados junto às entidades estaduais e municipais, evidencia-se que há uma institucionalidade nas secretarias de saúde responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde. Há equipe, recursos para operacionalizar a política e uso de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. No entanto, ao ser apontadas as principais dificuldades, são evidenciados problemas inerentes à forma de organização da gestão pública e por vezes a falta de adequação ou perícia da área em lidar com trâmites administrativos.

Os recursos orçamentários são descentralizados para apoiar os municípios e estados na efetivação das ações planejadas em âmbito local. Essas constituem-se de atividades nesse campo planejadas por esses, envolvendo a promoção da alimentação adequada e saudável nos diferentes ciclos de vida, a vigilância alimentar e nutricional, estratégia de educação continuada e permanente para qualificação da força de trabalho, pesquisas, entre outras ações articuladas com as demais políticas, como a de Segurança Alimentar e Nutricional e de Promoção da Saúde, além dos programas e ações estratégicas formuladas nacionalmente, como os programas de suplementação de micronutrientes e o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. As ações relacionam-se com as Diretrizes trazidas pela PNAN para o norteamo do planejamento das ações e apoiar sua implementação.

CONCLUSÃO

Segundo dados apresentados por gestores sobre ações de alimentação e nutrição desenvolvidas, a implementação da PNAN não se dá de forma isolada em relação às demais políticas públicas relacionadas, relacionando-se especialmente com as Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional e Política de Atenção Básica. Nos últimos anos tem-se observado uma expansão da rede serviços de saúde nos distintos pontos de atenção à saúde, sendo ainda necessário o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a comunicação entre esses, a troca de saberes entre os profissionais, além de formas de organização mais eficientes para a coordenação do cuidado. Diante das principais ações realizadas por estados e municípios cabe a superação dos modelos retrógrados das estratégias de educação em saúde, posto que as capacitações continuam ainda sendo o principal meio utilizado para qualificação da força de

trabalho, ou o indício de que os profissionais de saúde continuam despreparados para atuarem no SUS.

Nas rotinas de educação permanente é necessário que o tema da gestão pública seja incluído, com vistas a qualificar os processos de planejamento, conhecimento sobre trâmites da administração pública, como licitações, orçamento público, instrumentos de planejamento no SUS.

Observa-se que a realização de ações articuladas com outras áreas tem sido um recurso rico utilizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para desenvolvimento das ações de promoção da alimentação adequada e saudável.

REFERÊNCIAS:

AGUIAR, Camilla Botêga; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 28, n. 2, p. 207-216, Apr. 2015.

BORELLI, Marina et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 20, n. 9, p. 2765-2778, Sept. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.357, de 23 de junho de 2006. Define e estrutura as ações de Alimentação e Nutrição por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e normatiza a utilização do saldo restante dos recursos financeiros referentes ao Incentivo de Combate a Carências Nutricionais (ICCN) nos municípios qualificados. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1738 de 19 de Agosto de 2013. Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília –DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2715 de 17 de Novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais.

Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Presidência da república. Casa Civil. Lei no 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e contrôlo dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, 1964.

FLEURY, Sônia; OUVENERY, Assis Mafort. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Organizado por Giovanella, Lígia; Escorel, Sara; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antônio Ivo de. 1ª reimpressão (2ª edição): 2013. Coedição com o Cebes, Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 21, n. 48, p. 101-110, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, dez. 2014.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004.

Mattos, Ruben Araújo; Baptista, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**.ed. Fiocruz. Rio de janeiro, 2011.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.

TANUR, J. Advances in methods for large-scale surveys and experiments. In: ADAMS, R. et al. (ed.), **Behavioral and Social Science Research: A National Resource, Part II**. Washington, D.C.: National Academy Press, p 294-372, 1982. Disponível em: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED228114.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2015

TESOURO NACIONAL. Execução Orçamentária e Financeira. Portal SIAFI. Disponível em: < <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/carrossel-siafi-03>> acesso em 13/11/2016.

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

**ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA
CESSÃO DOS DADOS DISPONÍVEL EM BASE DE DADOS DA SECRETARIA DE
ATENÇÃO À SAÚDE**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
SAF Sul, Quadra 2, Lote 5/6, Edifício Premium - Torre II, Auditório, Sala 11
70070-600 - Brasília-DF dab@saude.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIPAR: 355-1 1986/2016-14
Data: 20/12/2016
Autorização de Serviço: Bianca
Matrícula: 1686944

Ofício nº 1986/2016-DAB/SAS/MS

Brasília, 20 de dezembro de 2016.

À Senhora Ana Carolina Lucena Pires
Pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde da Universidade
de Brasília – UnB

**Assunto: Autorização para acesso a base de dados da Coordenação-Geral de Alimentação
e Nutrição do Ministério da Saúde**

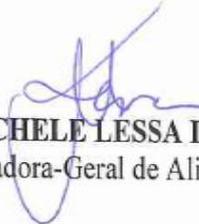
Prezada pesquisadora,

1. Em resposta ao pedido realizado por carta, na data de 30 de novembro de 2016, que solicita as bases de dados do formulário aplicado por essa Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição sobre o monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios, informamos:
2. O Ministério da Saúde, por meio de sua Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, é responsável, dentro da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e conforme explicitado pela Portaria GM N.º 3.965, de 14 de dezembro de 2010, por acompanhar, monitorar e avaliar as ações e programas de alimentação e nutrição nas três esferas de governo.
3. Nesse sentido a realização de pesquisas nesse campo, não apenas no nível da gestão central, mas também acadêmico constituem-se como importantes subsídios para o aprimoramento das estratégias e para a transparência das ações implementadas e seus resultados.
4. A análise da presente solicitação, assim como da documentação anexa atende ao disposto na Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011, que trata da cessão de bases nominais de sistemas de informação gerenciados pela Secretaria de Atenção à Saúde, incluindo o Termo de responsabilidade e documentação da responsável, Ana Carolina Lucena Pires, em anexo, para subsidiar a elaboração de artigo científico sobre a implementação da PNAN nos estados e municípios brasileiros, com análise da relação entre as características sociodemográficas desses com o cumprimento das ações prioritárias estabelecidas pela Política Nacional de Alimentação e

Nutrição, vinculado ao mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília da aluna.

5. Dessa maneira manifestamos concordância com o acesso às informações do sistema que contém a base de dados do formulário eletrônico aplicado por essa Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição em 2016 para a pesquisadora e sua orientadora, Dr^a Tania Cristina Moraes Santa Bárbara Rehem.

Atenciosamente,



MICHELE LESSA DE OLIVEIRA
Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição

ANEXO B – COMPROVAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

principal sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

ANA CAROLINA LUCENA PIRES - |V3.0
Sua sessão expira em: 38min 44

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="58439316.2.0000.0030"/>	<input type="text" value="1894669"/>	<input type="button" value="Pesquisar"/>

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:		
<input type="text" value="ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS"/>		
Número do CAAE:	Número do Parecer:	
<input type="text" value="58439316.2.0000.0030"/>	<input type="text" value="1894669"/>	
Quem Assinou o Parecer:	Pesquisador Responsável:	
<input type="text" value="Keila Elizabeth Fontana"/>	<input type="text" value="ANA CAROLINA LUCENA PIRES"/>	
Data Início do Cronograma:	Data Fim do Cronograma:	Contato Público:
<input type="text" value="09/01/2017"/>	<input type="text" value="20/01/2017"/>	<input type="text" value="ANA CAROLINA LUCENA PIRES"/>

ANEXO C: LISTAGEM DOS MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS IGUAL A ZERO

¹Boa Vista – RR; Marabá – PA; Parauapebas – PA; Santarém- PA; Palmas – TO; Caxias – MA; Nossa Senhora do Socorro – SE; Itabuna – BA; Jequié – BA; Divinópolis – BA; Juiz de Fora – MG; Montes Claros – MG; Santa Luzia – MG; Cachoeiro de Itapemirim – ES; Cariacica – ES; Serra – ES; Vila Velha – ES; Cabo Frio – RJ; Campos dos Goytacazes – RJ; Itaboraí – RJ; Magé – RJ; Mesquita – RJ; Niterói – RJ; Nova Friburgo – RJ; Petrópolis – RJ; São João de Meriti – RJ; Americana – SP; Barueri – SP; Bauru – SP; Campinas – SP; Carapicuíba – SP; Cotia – SP; Ferraz de Vasconcelos – SP; Franca – SP; Francisco Morato – SP; Guarujá – SP; Hortolândia – SP; Itapeverica da Serra – SP; Itapevi – SP; Itaquaquecetuba – SP; Itu – SP; Jundiaí – SP; Mogi das Cruzes – SP; Osasco – SP; Pindamonhangaba – SP; Piracicaba – SP; Ribeirão Preto – SP; Rio Claro – SP; Santa Barbara d'Oeste – SP; São José dos Campos – SP; São Vicente – SP; Sorocaba – SP; Suzano – SP; Taboão da Serra – SP; Cascavel – PR; Blumenau – SC; Caxias do Sul – RS; Gravataí – RS; Novo Hamburgo – RS; Passo Fundo – RS; Pelotas – RS; Santa Maria – RS; São Leopoldo – RS; Viamão – RS; Várzea Grande – MT.

ANEXO D: IDENTIFICAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES DISCREPANTES (outliers) EM RELAÇÃO AO BRASIL E REGIÕES MACROPOLÍTICAS

Variável	<i>Outliers</i> (Brasil)	<i>Outliers</i> (Norte)	<i>Outliers</i> (Nordeste)	<i>Outliers</i> (Sul)	<i>Outliers</i> (Sudeste)	<i>Outliers</i> (Centro-Oeste)
População	São Luiz – MA; Campinas – SP; Guarulhos – SP; Goiânia – GO; Belém – PA; Porto Alegre – RS; Recife – PE; Curitiba – PR; Manaus – AM; Belo Horizonte – MG; Fortaleza – CE; Brasília – DF; Salvador – BA; Rio de Janeiro – RJ; São Paulo – SP.	Belém – PA; Manaus – AM.	Recife – PE; Fortaleza – CE; Salvador – BA.	Joinville – SC; Porto Alegre – RS; Curitiba – PR.	Nova Iguaçu – RJ; Duque de Caxias – RJ; São Gonçalo – RJ; Campinas – SP; Guarulhos – SP; Belo Horizonte – MG; Rio de Janeiro – RJ; São Paulo – SP.	Brasília – DF.
Cobertura de ESF_2016	--	--	--	--	--	--
NaSfs implantados_2016	Recife – PE; Feira de Santana – BA; São Bernardo do Campo – SP; São Gonçalo – SE; João Pessoa – PB; Rio de Janeiro – RJ; Belo Horizonte – MG; São Paulo – SP;	Macapá – AP; Belém – PA.	Recife – PE; Feira de Santana – BA; João Pessoa – PB.	Florianópolis – SC.	Guarulhos – SP; Mauá – SP; São Bernardo do Campo – SP; São Gonçalo – RJ; Rio de Janeiro – RJ; Belo Horizonte – MG; São Paulo – SP.	--
IDHM_2010	Caxias – MA	Marabá – PA	--	--	--	--
IDHM_E_2010	--	Marabá – PA; Castanhal – PA; Palmas – TO.	--	--	--	--
IDHM_L_2010	Caxias – MA; Timon – MA;	Marabá – PA	Caxias – MA	--	--	Brasília – DF
IDHM_R_2010	--	--	--	Florianópolis – SC.	--	--
PIB per capita	Osasco – SP; Campo dos Goytacazes – RJ; Camaçari – BA; Brasília – DF; Angra dos Reis – RJ; Santos – SP; São Caetano do Sul – SP; Betim – MG; Vitória – ES; Itajaí – SC; Pauzebas – PA; Barueri –	Manaus – AM; Pauzebas – PA.	Cabo de Santo Agostinho – PE; Camaçari – BA.	Canoas – RS; São José dos Pinhais – PR; Itajaí – SC.	Campo dos Goytacazes – RJ; Angra dos Reis – RJ; Santos – SP; São Caetano do Sul – SP; Betim – MG; Vitória – ES; Barueri – SP.	Brasília – DF;

SP.

ANEXO E COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

sra. ANA CAROLINA Lucena PIRES,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Implementação das ações de alimentação e nutrição no SUS: perfil e caracterização no âmbito dos estados e municípios" para Saúde e Sociedade. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/author/submission/171952>

Login: carol1983

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho

The screenshot shows a web browser window with the URL submission.scielo.br/index.php/sausoc/author/saveSubmit/5. The page features the SciELO logo and the journal title "SAÚDE E SOCIEDADE". Navigation links include "CAPA", "SOBRE", "PÁGINA DO USUÁRIO", and "NOTÍCIAS". The breadcrumb trail is "Capa > Usuário > Autor > Submissões > Submissões ativas". The main heading is "Submissões ativas". A message states: "Submissão concluída. Agradecemos seu interesse em contribuir com seu trabalho para o periódico Saúde e Sociedade." Below this is a link to "Submissões ativas". At the bottom left, contact information for the editorial space is provided: "Espaço Editorial - Saúde e Sociedade Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 2, 2º andar, prédio da biblioteca CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. Tel/Fax: (11) 3061-7880 - E-mail: saudesoc@usp.br - www.scielo.br/sausoc". On the right side, there are sections for "OPEN JOURNAL SYSTEMS" (with a link to "Ajuda do sistema"), "USUÁRIO" (logged as "carol1983" with links for "Meus periódicos", "Perfil", and "Sair do sistema"), "IDIOMA" (with a dropdown menu set to "Português (Brasil)" and a "Submeter" button), "TAMANHO DE FONTE" (with icons for font size adjustment), and "NOTIFICAÇÕES" (with links for "Visualizar" and "Gerenciar").