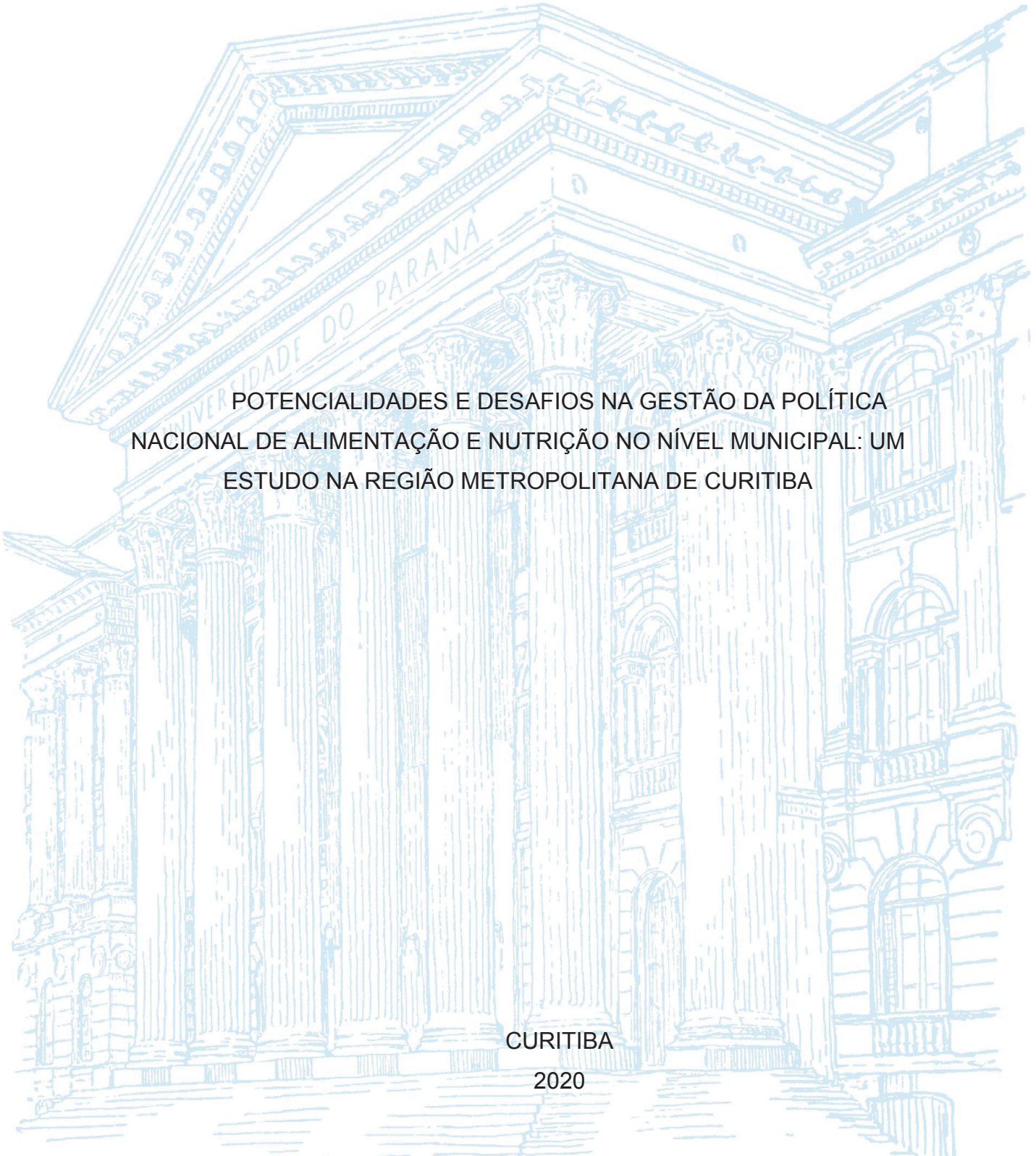


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELOYSE WEENY RAMOS BIEBERBACH CESCHIM



POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA GESTÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL: UM  
ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

CURITIBA

2020

ELOYSE WEENY RAMOS BIEBERBACH CESCHIM

POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA GESTÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL: UM  
ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Alimentação e Nutrição do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestra em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia do Amaral Rigon

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Doroteia Aparecida Höfelmann

CURITIBA

2020

Ceschim, Eloyse Weeny Ramos Bieberbach  
Potencialidades e desafios na gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no nível municipal [recurso eletrônico]: um estudo na região metropolitana de Curitiba / Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia do Amaral Rigon  
Coorientadora: Profa. Dra. Doroteia Aparecida Höfelmann

1. Gestão. 2. Alimentação. 3. Nutrição. 4. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. I. Rigon, Sílvia do Amaral. II. Höfelmann, Doroteia Aparecida. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 612.3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E  
NUTRIÇÃO - 40001016074P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ELOYSE WEENY RAMOS BIEBERBACH CESCHIM** intitulada: **POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA**, sob orientação da Profa. Dra. SILVIA DO AMARAL RIGON, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

29/10/2020 17:32:02.0

SILVIA DO AMARAL RIGON

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/10/2020 18:33:31.0

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/10/2020 17:13:31.0

ELISABETTA GIOCONDA IOLE GIOVANNA RECINE

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4010 - E-mail: pgnutricao@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 58786

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 58786

Dedico este trabalho a todas as gestoras, gestores e nutricionistas da Região Metropolitana de Curitiba que com sua dedicação e profissionalismo batalham pelo direito humano a uma alimentação adequada e saudável e pelo direito à vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao olhar para esses dois anos e meio que se passaram, a gratidão enche meu coração e meus olhos, porque para além de um crescimento profissional enorme para mim, ganhei tesouros inestimáveis nas amizades e relações que construímos, pois estas não estão restritas a esse espaço e tempo.

Gratidão à Deus, o dono da vida e a essência do amor, que torna a minha jornada cheia de sentido, significado e sonhos. Que me criou, me formou, me presentou, me consolou, me permitiu chegar até aqui e me sustentará na jornada da vida.

Ao meu melhor amigo, amado Rafael, são 10 anos da aventura mais louca e desafiadora da minha vida e desde o início sempre me apoiou nas escolhas na minha atuação em Saúde Coletiva e na minha aventura nesse mestrado. É ele quem mais acredita em mim, que me aceita “não pelo que eu fui, nem pelo que eu virei a ser, mas exatamente por quem eu sou”.

À toda minha família. Aos meus pais, que pacientemente moldaram meu caráter, me ensinaram valores e princípios cristãos, não só na teoria como na prática exaustiva do amor. Aos irmãos mais engraçados, divertidos, parceiros, amigos e humanos que alguém poderia ter, minha gratidão por me amarem incondicionalmente. A insistência da minha família em acreditar em mim, sem dúvida me trouxe até aqui. À minha sogra amada “Pupinha”, pelo maior presente da minha vida, pela acolhida, pela comida, pelo apoio e por acreditar em mim como uma mãe. Ao Renatinho, meu sogro de quem sinto tanta falta, que me acolheu como filha com título de “minha norinha”. À Valy por todo seu carinho e cuidado sem medidas.

À minha querida orientadora Silvia Rigon, eterna gratidão. A parceria que existia foi aprimorada, o trabalho compartilhado e o diamante lapidado. Os encontros, cafés, almoços e tardes de produção online ou presenciais possibilitaram meu crescimento profissional e minha admiração por você, uma profissional e amiga que tem uma enorme capacidade de saber cuidar do próximo. Construir esse trabalho contigo, foi um dos grandes presentes desse mestrado para mim.

À minha coorientadora Dorotéia Höfelmann. Grata por acreditar em mim, no nosso trabalho, na nossa parceria e especialmente pelos “cafés com orientação” que tivemos pelas manhãs.

À Monica de Caldas Anjos (“madrinha”) e Paola Jandrey (gêmea) por tornarem a experiência do mestrado uma experiência de compartilhar saberes, afetos, sabores (sálvia na manteiga e sanduíche de atum), presentes lindos, comemorações, abraços e surpresas recheadas de “saber idôneo”.

Às amigadas do “Café pra quatro” fundamentais no início do mestrado e agora essenciais para a vida: Fernanda Manera, Renata Fernandes e Juliana Silveira (“meia boca”). Às queridas Prof<sup>a</sup> Sandra Crispim e Giovana Ferreira pelo “pituxa adotiva” e por toda a experiência traumatizante e intensa que essa iniciativa trouxe para o tempo de mestrado. Sou grata a vocês pelas mensagens de carinho que me permitiram seguir.

Às amigas e “amigo” que me acolheram na “salinha do laboratório” me mostrando a beleza do compartilhar da vida, conquistas, derrotas e experiências de vida, independentemente do grau de titulação ou de área de atuação. Ah! Isso sim foi um grande presente desse mestrado. Ao Alisson (cabeça), por sua amizade preciosa, sua disposição em ajudar, por sua sinceridade (por vezes demasiada), pelo apoio constante e pelo humor irônico que tornaram a caminhada mais leve e divertida. À Andressa pela mulher incrível e abençoada que é, pelas risadas, pelo choro, pelas orações e conversas profundas no banquinho. À Lilian, a colega que se tornou amiga num piscar de olhos e aquela que admiro por sua “garra”, leveza da vida e capacidade de se reinventar. À Suelen que nos presentou com seu conhecimento e desprendimento de títulos, com uma disposição em ajudar invejável e uma boa risada. A “Paulinha” cujo caminho permitiu nosso reencontro e o estreitamento de uma amizade valiosa.

Às amigas que a Nutrição me deu: Naiara Belmont, Regiane Fonini, Jerosiane Marchaukoski, Karin Will e Nádia Sato. Sou muito grata por estas profissionais incríveis em quem me espelho e pessoas responsáveis por moldar meu caráter.

À toda a coordenação do Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição pela maneira como me acolheram no desafio da representação discente, em especial à secretária Ainoan, que com todo o seu carinho e dedicação sempre esteve disposta a ajudar e compartilhar trabalho e vida. À

todas as professoras e colaboradoras do PPGAN que de infinitas maneiras puderem contribuir para meu processo de formação. À todas as colegas da turma de 2018, a “melhor turma”.

Às professoras Elisabetta Recine, Rubia Giordani e Islandia Bezerra por todas as ricas contribuições ao trabalho que me permitiram alçar voos mais altos.

À todas as entrevistadas e entrevistados que contribuíram de maneira ímpar com a presente pesquisa, a partir de seus olhares e vivência na atuação da Saúde Coletiva. Minha gratidão e admiração pelo trabalho que desempenham na gestão e cuidado em saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro e a UFPR por todo apoio material para realização dessa dissertação.



“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria a gente aprende é com a vida e com os humildes.”

**Cora Coralina**

## RESUMO

A saúde como direito deve ser garantida por meio de políticas públicas promotoras de saúde que considerem a complexidade da determinação social da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende um dos espaços de implementação de tais políticas. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a promoção do direito à alimentação e nutrição adequadas e à saúde, sendo importante a compreensão de como ela se efetiva na gestão de ações de alimentação e nutrição no nível municipal. Assim, o objetivo desse estudo consiste em identificar e analisar os desafios e potencialidades percebidos pelos profissionais de saúde que atuam na gestão da PNAN em municípios da Região Metropolitana de Curitiba. Utilizou-se para isso o referencial teórico-metodológico da abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um grupo de informantes-chave composto por secretários e secretárias de saúde, gestores e gestoras da atenção básica e de alimentação e nutrição e nutricionistas de oito municípios integrantes dessa regional de saúde, selecionados de acordo com o porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). A coleta de informações foi realizada entre maio e agosto de 2019. As entrevistas contemplaram a organização da atenção nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde, desafios e potencialidades percebidos por estes profissionais na gestão da PNAN, bem como estratégias utilizadas no enfrentamento de tais desafios. O método de análise de conteúdo foi utilizado para a sistematização e compreensão do teor das entrevistas, com ênfase na Análise Temática. De forma complementar foi realizado levantamento de dados secundários sobre o perfil socioeconômico e demográfico dos municípios. Dentre os principais desafios identificados destacaram-se o baixo número de nutricionistas e um número insuficiente de profissionais de saúde para as demandas existentes. Registrou-se a falta dos recursos financeiros necessários para as ações e contratação de profissionais, bem como um apoio insuficiente do governo estadual para a área de alimentação e nutrição. Predominou o desconhecimento de gestores, gestoras e nutricionistas sobre a PNAN. Somam-se aos municípios de menor IDH e menor porte populacional os desafios como o isolamento, o distanciamento da capital e infraestrutura municipal mais precária, observadas em áreas rurais menos assistidas pelo poder público. Dentre as potencialidades para a gestão de alimentação e nutrição, destacaram-se as parcerias intersetoriais e principalmente o apoio da gestão local para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição e atuação das nutricionistas. Foram elencadas estratégias relevantes para a institucionalidade de tais ações como o estabelecimento de protocolos, a vigilância alimentar e nutricional e a importância das redes de atenção à saúde. Os resultados indicaram uma organização da atenção nutricional distinta entre os municípios decorrente das características próprias de cada território, sendo que mesmo diante de desafios ou potencialidades, os municípios onde foi possível observar mais elementos que efetivam a implementação da referida política foram aqueles que tinham uma organização da atenção nutricional mais estruturada. Destacou-se o relevante papel exercido por gestores, gestoras e profissionais de saúde na garantia da manutenção e do avanço do SUS.

Palavras-chave: Gestão de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Organização da Atenção Nutricional.

## ABSTRACT

Health as a right must be guaranteed through public policies that promote health considering the complexity of the social determination of health. The Unified Health System (SUS) comprises one of the places for implementing such policies. The National Food and Nutrition Policy (PNAN) aims to promote the right to adequate food and nutrition and health, and it is important to understand how it is effective in managing food and nutrition actions at the municipal level. Thus, the objective of this study is to identify and analyze the challenges and potential noticed by health professionals who work in the management of PNAN in municipalities of the Metropolitan Region of Curitiba. For that, the theoretical-methodological framework of the qualitative approach has been used. Semi-structured interviews were conducted with a group of key informants composed by secretaries of health, Primary Health Care managers, food and nutrition managers and nutritionists from eight municipalities that are part of this regional health, selected according to the population size and Municipal Human Development Index (IDHM). The gathering of information was carried out between May and August 2019. The interviews looked on the organization of nutritional care within the scope of Primary Health Care, challenges and potentials noticed by these professionals in the management of PNAN, as well as strategies used to face such challenges. The content analysis method was used to systematize and understand the content of the interviews, with an emphasis on Thematic Analysis. In addition, a survey of secondary data on the socioeconomic and demographic profile of the municipalities was carried out. Among the main challenges identified it has been highlighted the low number of nutritionists and an insufficient number of health professionals for the existing demands. There was a lack of financial resources necessary for actions and hiring professionals, as well as insufficient support from the state government for the food and nutrition area. The unfamiliarity of managers and nutritionists about the PNAN prevailed. In addition to the municipalities with the lowest IDHM and the smallest population, challenges such as isolation, distance from the capital and more precarious municipal infrastructure, observed in rural areas less assisted by the government. Among the potentialities for the management of food and nutrition, inter-sector partnerships stood out and mainly the support of local management for the development of food and nutrition actions and the performance of nutritionists. Strategies relevant to the institutionality of such actions were listed, like the establishment of protocols, food and nutrition surveillance and the importance of health care networks. The results indicated a different organization of nutritional care between the municipalities due to the specific characteristics of each territory, and even facing challenges or potentialities, the municipalities where it was possible to observe more elements that effect the implementation of that policy were those that had a more structured nutritional care organization. The important role played by managers and health professionals in ensuring the maintenance and advancement of SUS was highlighted.

**Keywords:** Food and Nutrition Management. National Food and Nutrition Policy. Organization of Nutritional Care.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS TERRITORIAIS E DEMOGRÁFICOS DE OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	77
TABELA 2 – DADOS SOCIOECONÔMICOS DOS OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	78
TABELA 3 – DADOS ECONÔMICOS DE OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	79
TABELA 4 – DADOS DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICOS DE 8 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	80
TABELA 5 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO GESTOR DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DOS OITO MUNICÍPIOS PARTICIPANTES.....	81
TABELA 6 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO RESPONSÁVEL PELA MAIORIA DOS PROGRAMAS E AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS 8 MUNICÍPIOS PARTICIPANTES .....	83
TABELA 7 – PERFIL DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO NUTRICIONISTAS DOS 8 MUNICÍPIOS PARTICIPANTES .....	84
TABELA 8 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2019 .....	87
TABELA 9 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2019 .....	88

## LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CFN	-	Conselho Federal de Nutricionistas
CGAN	-	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CIAN	-	Comissão Intersetorial de Alimentar e Nutrição
CID-10	-	Classificação Internacional de Doenças
CNA	-	Comissão Nacional de Alimentação
CNDSS	-	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMSEA	-	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	-	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
DHAA	-	Direito Humano a Alimentação Adequada
EAD	-	Educação à Distância
EAN	-	Educação Alimentar e Nutricional
EBIA	-	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ENDEF	-	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
eSF	-	Equipe de Saúde da Família
FAN	-	Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição
FAO	-	Food Agriculture Organization
FBSSAN	-	Fórum Brasileiro de Segurança e Soberania Alimentar e Nutricional
FISI	-	Fundo Internacional de Socorro à Infância
HIPERDIA	-	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus
IA	-	Insegurança Alimentar

IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IGD-M	-	Índice de Gestão Descentralizada Municipal
INAN	-	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOSAN	-	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
NASF- AB	-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NUTRISUS	-	Estratégia de Fortificação de alimentação infantil com micronutrientes
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAE	-	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	-	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAPO	-	Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica
PNSAN	-	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF	-	Pesquisa de Orçamento Familiar
PRONAN	-	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	-	Programa Saúde na Escola
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNSN	-	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RMC	-	Região Metropolitana de Curitiba
SA	-	Segurança Alimentar
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN	-	Segurança Alimentar e Nutricional

SAPS	-	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SESA	-	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SISAB	-	Sistema de Informação para a Atenção Básica
SISAN	-	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	-	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SOBAL	-	Soberania Alimentar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
VAN	-	Incentivo financeiro para Estruturação de Vigilância Alimentar e Nutricional

## APRESENTAÇÃO

O meu despertar para a Saúde Coletiva aconteceu a partir das discussões suscitadas na disciplina de Saúde Coletiva ao final do curso de minha graduação. A admiração por esse campo de atuação floresceu e deu frutos a partir do meu envolvimento com um projeto de pesquisa que buscava a compreensão sobre a alimentação de agricultores e agricultoras que participavam do Programa Nacional de Aquisição de Alimentos (PAA), mediante entrega de alimentos cultivados com base em práticas agroecológicas. Vivenciar e compartilhar a relação destes heróis e heroínas com o alimento, no plantar, cultivar, colher, nutrir, conviver, partilhar e comercializar, me fez compreender as maravilhosas potencialidades da atuação da profissional nutricionista em âmbitos tão diversos, bem como refletir sobre a complexidade do ato de se alimentar.

A partir de minha primeira experiência profissional como nutricionista em um município da região metropolitana de Curitiba, onde atuei inicialmente como coordenadora do Programa Municipal de Dietas Especiais, pude ampliar meus horizontes na ressignificação da relação com o comer em ambientes familiares reorganizados a partir de um processo de adoecimento, de inviabilidade de consumo de alimentação via oral e de cuidado integral no ambiente familiar urbano, sob condições de vida e de saúde diversas.

Ao assumir a Coordenação de Ações de Alimentação e Nutrição (CAN) após um processo repentino de mudança de gestão, me deparei com inúmeras dificuldades em desempenhar um papel na gestão em saúde. Ávida por documentos que me auxiliassem na atuação como gestora, encontrei limitações na busca por materiais que pudessem subsidiar o diagnóstico situacional de alimentação e nutrição, na organização da atenção nutricional, nas tomadas de decisões e no gerenciamento da equipe da Nutrição.

A falta de material técnico que auxiliasse de maneira mais objetiva e problematizadora nas questões envolvidas em responsabilidades da CAN, bem como desafios, potencialidades e estratégias que poderiam ser utilizadas para alcançar propósitos e metas, tornou meu processo de apropriação da coordenação um pouco mais moroso. Percebi que entre a efetivação de legislações, portarias e decretos e a realidade que se apresentava com inúmeros



aspectos organizacionais, sociais, econômicos, políticos e alimentares, havia um abismo.

Sem dúvida, o compartilhar garantido pelo diálogo aberto com a coordenação anterior, bem como a relação profissional com colegas excepcionais que atuavam em municípios vizinhos, revelaram-se cruciais para meu aprendizado e desenvolvimento como gestora, contribuindo para uma melhor atuação e minimização de possíveis consequências decorrentes da minha inexperiência, e confesso, fragilidades presentes em meu processo de formação.

Encontros mensais com nutricionistas de município da Região Metropolitana de Curitiba me auxiliaram no estabelecimento de vínculos valiosos, bem como a construção de fluxo de dados, informações e ações, estimularam o desenvolvimento de postura crítica em relação à minha atuação e aos processos de trabalho relacionados à gestão de alimentação e nutrição no nível municipal. Tal experiência possibilitou um vislumbre de horizontes de atuação profissional que não imaginava. Diante dos desafios que se apresentavam na prática da gestão, era no compartilhar que encontrávamos uma esperança, um norte e éramos fortalecidas na visão e no caminhar.

Nesse caminho pude ver que mesmo diante de realidades tão similares e distintas ao mesmo tempo, nem tudo era possível de ser operacionalizado da mesma maneira, com alcance de mesmos resultados. A multiplicidade de variáveis e desafios que se sobrepõe na gestão de serviços públicos, na saúde pública, na área de Alimentação e Nutrição e sobretudo nos contextos individuais, coletivos e familiares dos munícipes envolvidos no processo de cuidado em nossa prática tornam esse trabalho árduo e complexo, entretanto lindo, prazeroso e gratificante.

Tais reflexões foram suficientes para gerar em mim recorrentes indagações: como se efetivam as ações de gestão em torno das políticas públicas de alimentação e nutrição em diferentes realidades? Como se dá esse apoio entre profissionais? Sem a presença do profissional nutricionista, como se viabiliza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Quais as dificuldades, desafios, potencialidades que os gestores dessas áreas encontram em sua atuação? Como gestores de outras áreas enxergam a política de alimentação e nutrição?

Em 2016, parti para uma nova experiência como nutricionista em uma organização não governamental no estado do Sergipe, atuando em um contexto de vulnerabilidade social e econômica, de miséria e de extrema violência e abusos, em uma das maiores favelas da cidade. Desenvolvi atividades profissionais relacionadas a alimentação escolar, educação nutricional por meio de disciplina ministrada para crianças de 6 a 15 anos de idade, dentre outras atividades missionárias de compartilhamento de valores, princípios éticos e morais. Nessa experiência ampliei minha visão a partir de uma realidade urbana de extrema vulnerabilidade econômica, social, nutricional, emocional e novas perguntas surgiram.

As inquietações ainda martelavam: como fazer uma política pública de alimentação e nutrição alcançar também a esses, donos de direitos, protagonistas de sua própria história, de uma maneira humanizada, respeitando sua condição, cultura, ambiente e costumes?

Este trabalho é reflexo de minha busca compartilhada com a minha querida orientadora, por algumas respostas para perguntas tão profundas. Não tenho a pretensão de responder a todos os meus questionamentos ou findá-los com a presente pesquisa, pelo contrário, ela me estimula a fazer mais perguntas e a continuar a busca por respostas que certamente não são restritas somente ao campo da nutrição, mas que vão permear tantas outras áreas como da antropologia, da psicologia, da sociologia, geografia, história, entre outras. Meu universo só ampliou, no privilégio que tive de encontrar tantos profissionais excepcionais que assumem a linda luta de responder a essas e tantas outras perguntas diárias em prol da promoção e proteção da saúde da população.

Durante meus dez anos de formada cresci e amadureci profissionalmente, ao passo que muitas relações profissionais se tornaram de fato amizades significativas que me possibilitam ter ciência, ainda hoje, dos constantes entraves que permeiam as políticas públicas da área da Alimentação e Nutrição.

Esse trabalho nasce de uma vivência maravilhosa e da intenção de compartilhar e semear uma visão crítica e construtiva, a fim de gerar aprendizados que possibilitem novas ideias a partir do olhar, admiração e re-admiração de profissionais de saúde, envolvidos nesse tão lindo SUS.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.2 OBJETIVOS .....	26
1.2.1 Objetivo geral .....	26
1.2.2 Objetivos específicos.....	26
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>28</b>
2.1 A ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	28
2.1.1 O conceito de Saúde e o processo de determinação social da saúde ....	28
2.1.2 A situação de insegurança alimentar e nutricional da população brasileira e o processo saúde-doença .....	32
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PROMOTORAS DA SAÚDE E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ADEQUADAS .....	39
2.2.1 O marco conceitual da Promoção da Saúde .....	39
2.2.2 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional enquanto Políticas Públicas Promotoras de Saúde .....	45
2.2.3 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): inserção na agenda pública, conteúdo e processo de implementação .....	53
<b>3. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>62</b>
3.1 Fase exploratória da pesquisa .....	64
3.2 Universo amostral.....	65
3.3 Entrevistas.....	66
3.4 Análise dos dados .....	67
3.4.1 Pré – Análise .....	69
3.4.2 Exploração do material.....	70
3.4.3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.....	71
3.5 Aspectos éticos .....	72
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>73</b>

4.1 A GESTÃO DA PNAN NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA PARTICIPANTES DO ESTUDO: CONTEXTO, PERFIL MUNICIPAL E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL.....	73
4.1.1 Caracterização da RMC e sua inserção no Estado do Paraná .....	73
4.1.2 Contexto territorial, demográfico, socioeconômico e de saúde dos municípios integrantes da pesquisa .....	77
4.1.3 Perfil dos entrevistados e entrevistadas .....	81
4.1.3 Organização da atenção nutricional .....	85
4.2 DESAFIOS RELACIONADOS À GESTÃO DA PNAN .....	100
4.2.1 A organização da atenção nutricional e os profissionais de saúde .....	100
4.2.2 Financiamento de ações de alimentação e nutrição.....	108
4.2.3 Desafios dos modelos de atenção à saúde .....	112
4.2.4 Dificuldades da gestão de alimentação e nutrição na coordenação e na assistência.....	116
4.2.5 O perfil da população e suas condições de vida .....	122
4.2.6 A operacionalização do cuidado e suas limitações .....	126
4.2.7 Questões político-partidárias.....	129
4.2.8 A promoção da saúde e o papel do nutricionista na gestão .....	131
4.2.9 A articulação intersetorial para a consolidação da segurança alimentar e nutricional.....	135
4.2.10 A participação do nível federal e estadual na implementação da PNAN nos municípios do estudo.....	138
4.3 POTENCIALIDADES NA GESTÃO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ..	147
4.3.1 O papel estratégico da intersetorialidade .....	147
4.3.2 O apoio da gestão e o reconhecimento da importância da atuação da área de nutrição.....	153
4.3.3 As mídias e a comunicação em saúde .....	156
4.3.4 A atuação da secretaria estadual de saúde .....	158
4.4 ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ...	160
4.4.1 Recursos materiais: a aquisição do mínimo essencial .....	161
4.4.2 Os protocolos como um caminho para a organização da atenção nutricional .....	164
4.4.3 A importância da informatização .....	165
4.4.4 As capacitações e os processos de educação permanente.....	170

4.4.5 A carreira, a estabilidade e a garantia da continuidade das ações de nutrição.....	171
4.4.6 O registro de metas e seus desdobramentos .....	173
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>179</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>184</b>
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>202</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>204</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>207</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo que será aqui apresentado foi estruturado a partir da perspectiva de reconhecimento do processo saúde-doença e sua determinação social, bem como da importância de ser considerada no mundo da vida e da saúde. Essa visão consiste em uma imagem objetivo a ser alcançada que possibilite a transformação do enfoque centrado exclusivamente na cura das doenças para uma referência teórico-metodológica voltada ao enfrentamento das condições de vida que realmente impossibilitam o viver saudável e que causam doenças no âmbito coletivo. Tal abordagem torna-se cada vez mais fundamental e premente para que o Estado, mediante a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), realize a reorientação necessária nessa direção, no sentido de tornar suas ações mais efetivas e transformadoras no que se refere ao seu papel no cumprimento do direito à saúde.

Entretanto, para que seja possível atuar nessa perspectiva há que se olhar para a realidade complexa da vida, muitas vezes injusta e desigual, tendo como base alguns pressupostos estruturados a partir dos direitos humanos e do reconhecimento da necessidade da construção de outro modelo de sociedade que atenda de maneira mais integral as necessidades humanas assim como as do ambiente natural. Considerando essa referência uma série de pilares precisam ser trabalhados e o tema da Alimentação e Nutrição constitui-se em um deles. Para isso é imprescindível trabalhar tal temática a partir de um recorte geográfico para que seja possível o entendimento de como esse processo acontece no território. No caso do contexto brasileiro no qual a desigualdade social predomina e o acesso à alimentação adequada constitui-se em um grande desafio para a maior parte da população torna-se fundamental reafirmar a necessidade de concretização da segurança alimentar e nutricional (SAN) para a garantia do direito humano a alimentação adequada e saudável e o direito à saúde.

Tal conceito é definido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) 11.346/2006, como:

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 social, econômica e ambientalmente saudáveis.” (BRASIL, 2006, art. 3º).

A SAN constitui-se em um objetivo de política pública, estratégico e permanente a ser garantido mediante articulação de políticas e serviços intersetoriais para a garantia da promoção da saúde da população em geral (MALUF; REIS, 2013; VASCONCELLOS; MOURA, 2018). Entretanto, apesar da necessidade da sua consolidação sabe-se que no Brasil ainda existe uma distância muito grande entre o alcance dessa imagem-objetivo e a atual situação alimentar e nutricional. Segundo os resultados da última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) referente aos anos de 2017-2018, cerca de 36,7 % dos domicílios brasileiros encontravam-se nesse período em algum grau de insegurança alimentar e nutricional (IBGE, 2020).

Em uma sociedade desigual e com elevado percentual de pessoas ainda vivendo em uma condição de pobreza, as políticas públicas constituem o caminho mais seguro para a construção das condições que garantam o direito humano à alimentação e nutrição adequadas. Tendo como referência o contexto brasileiro há que se registrar o desenvolvimento de duas políticas que contribuíram e ainda contribuem para o país avançar na direção necessária: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) instituída em 1999 e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) sancionada em 2010 (BRASIL, 1999, 2010a, 2013a).

A PNAN, instituída em 1999 pelo Ministério da Saúde e atualizada em 2011 mediante portaria nº 2.715/2011, representa uma estratégia singular do Estado brasileiro na colaboração da efetivação da SAN:

[...] constitui-se em uma resposta oportuna e específica do Sistema Único de Saúde (SUS) para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao mesmo tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida (BRASIL, 2013a, p. 20)

A PNAN tem o propósito de contribuir para melhoria de condições de alimentação, saúde e nutrição dos brasileiros e brasileiras, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, prevenção

e cuidados referente à situação de saúde relacionados à alimentação e nutrição na busca da garantia de SAN (BRASIL, 2013a).

Os princípios pelos quais a política é orientada, seguem a base do SUS, sendo estes a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, acrescidos de princípios específicos tais como: alimentação como elemento de humanização de práticas de saúde, respeito à diversidade e cultura alimentar, fortalecimento de autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e a SAN com soberania (BRASIL, 1990, 2013a).

A gestão compartilhada, entre as três esferas governamentais deverá viabilizar, de maneira articulada, o alcance da política a partir do cumprimento das atribuições gerais e específicas, seja da União, do estado e dos municípios (BRASIL, 2013a).

A versão revisada da PNAN conta com as seguintes diretrizes: a organização da atenção nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, a gestão das ações de alimentação e nutrição, a participação e controle social, a qualificação da força de trabalho, a pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição, controle e regulação dos alimentos e a cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013a).

A gestão de alimentação e nutrição é fundamental na organização das ações no âmbito da atenção básica de saúde, pois orienta o planejamento, organização, direção e controle da atenção nutricional (BRASIL, 2013a), sendo assim relevante e necessário o conhecimento de como a mesma se efetiva na prática da gestão municipal.

O relatório final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS, que buscou avaliar a trajetória da PNAN nos últimos 10 anos, registrou a percepção de que as coordenações responsáveis pela gestão da política no nível municipal possuíam baixa autonomia e insuficiente força política em decorrência de ocuparem um cargo hierárquico restrito. Tal quadro torna mais difíceis o diálogo e a negociação intersetoriais, importantes na implementação da política (CIAN, 2010).



Pesquisa realizada por Rigon, Schmidt e Bógus (2016) buscou compreender os avanços e dificuldades relacionadas à participação do setor saúde na construção da SAN, mediante entrevistas com profissionais envolvidos em áreas afins. Como resultado encontrou dificuldades de ordem política, institucional e operacional para que a PNAN tenha a sua efetividade consolidada no âmbito do SUS. De acordo com as autoras, quando a gestão da saúde na Atenção Primária é realizada de maneira setORIZADA, desconsiderando a relevância do diagnóstico produzido pela epidemiologia nutricional no nível municipal, ocorre não só um comprometimento da atuação da área da Nutrição, mas de toda a atenção primária. Tal fragilidade tem relação com as dificuldades que emergem para a consolidação do trabalho da nutrição no SUS em função de compreensões ainda limitadas do que essa área representa em termos de um conhecimento específico e da sua prática no cotidiano do serviço de saúde. Assim, há uma tendência em reduzi-lo a eventos pontuais de repasse de informações sobre alimentação e nutrição, desconexos da realidade de vida da população e, portanto, momentos que são insuficientes para viabilizar uma atuação efetiva no território e nas condições de alimentação, nutrição e saúde da população. A PNAN constitui na principal política articuladora do setor saúde com a SAN. Portanto, a sua fragilidade institucional compromete a articulação da área da saúde com as outras áreas que também constituem o campo da SAN, sendo necessário o seu fortalecimento no âmbito do SUS.

Estudos realizados visando avaliação da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em municípios brasileiros, demonstraram que a utilização de dados provenientes desse sistema tem sido pouco efetiva, uma vez que a maioria dos gestores e gestoras não utiliza as informações para fins de planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação, nutrição e saúde como um todo. O diagnóstico do estado nutricional dos indivíduos e coletividades e sua utilização para o planejamento de ações no SUS é estratégico para a construção das ações na saúde coletiva (ROMEIRO, 2006; ROLIM et al., 2015). A não efetivação desse tipo de processo compromete a atuação da área da Nutrição no SUS interferindo na articulação e fortalecimento de ações no âmbito da saúde e também relacionadas à alimentação no que se refere ao seu aspecto intersectorial (RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

É de responsabilidade do gestor de ações de alimentação e nutrição implementar e coordenar a PNAN tendo como base o perfil alimentar e nutricional da população considerando as políticas nacionais e estaduais da mesma área, articular os serviços de saúde com instituições e entidades locais, coordenar e supervisionar a implantação e implementação do SISVAN e proporcionar a articulação entre programas, secretarias e processos de trabalho de áreas diversas (BRASIL, 2009a). Portanto, as fragilidades supramencionadas podem acarretar consequências significativas para os municípios em termos da implementação dessa política, com destaque para áreas de maior risco em termos da vulnerabilidade social e nutricional (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, com base nas informações provenientes da vigilância alimentar e nutricional, a atenção nutricional deve responder prioritariamente à demandas de população residente em regiões de maior vulnerabilidade, devido a sua maior suscetibilidade aos agravos nutricionais e de saúde em geral (BRASIL, 2013a).

Assim, apesar do conteúdo relevante e significativo da PNAN e o que ela propõe em termos das responsabilidades do gestor federal, estadual e municipal torna-se importante compreender como essa política está sendo desenvolvida atualmente na realidade do nível local. Existem poucos estudos sobre o processo da sua implementação no nível municipal, sobretudo em relação à gestão da área de alimentação e nutrição, ação fundamental para a organização da atenção nutricional. Há também poucos trabalhos de pesquisa que demonstrem as diferenças desse processo de gestão de alimentação e nutrição entre as regiões brasileiras, que vivenciam contextos tão diferenciados.

Dessa maneira, considerando tais questões é que elegeu-se como objeto de estudo dessa dissertação a PNAN e o processo da sua gestão no nível municipal, o lugar do território no qual as pessoas vivem e onde diversos aspectos relacionados às condições de vida interferem no acesso permanente a uma alimentação adequada e saudável. O recorte geográfico definido para o estudo constituiu-se em municípios da Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Estudos sobre a RMC indicam que a mesma se constitui em um espaço de elevada densidade demográfica e significativa desigualdade social, apesar de ser uma das regiões como maior atividade econômica e concentração de riqueza

do estado do Paraná, sobretudo em função de sediar a capital, Curitiba (IPARDES, 2017).

Diante do exposto, constituem-se como questões norteadoras do presente trabalho a necessidade de compreender: de que maneira se efetiva a organização da atenção nutricional em municípios da RMC? Quais são os desafios e potencialidades que os profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária identificam no que diz respeito a gestão da PNAN no nível municipal? Quais são as estratégias utilizadas pelos entrevistados e entrevistadas, considerando a realidade política, econômica, geográfica e social em que estão inseridos?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Identificar e analisar as potencialidades e desafios na gestão da PNAN, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o cenário da organização da atenção nutricional nos serviços de saúde dos municípios participantes da pesquisa;
- Analisar as percepções de gestores e gestoras de saúde e de nutricionistas sobre o processo de gestão das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde;
- Identificar as estratégias para o enfrentamento das dificuldades e alcance dos desafios mencionados a partir do olhar dos entrevistados e das entrevistadas.

No contexto do presente trabalho entende-se como potencialidades os recursos materiais, físicos, técnicos, administrativos, geográficos, pessoais/humanos e políticos disponíveis no município que facilitam o alcance dos objetivos propostos pela PNAN. Já os desafios são compreendidos como

situações que se apresentam como obstáculos a serem vencidos, em busca do cenário que possibilite o alcance dos propósitos da política tanto no âmbito do SUS quanto ao que se refere ao contexto que transcende a setorialidade da saúde. Complementarmente, estratégias são aqui compreendidas como meios que o serviço de saúde utiliza para vencer as dificuldades que se apresentam, mediante a sua organização.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

#### 2.1.1 O conceito de Saúde e o processo de determinação social da saúde

A saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. A partir do estabelecimento deste conceito, surge a crítica sobre a inviabilidade de alcance pleno dessa condição, a dificuldade em considerá-lo como um objetivo atingível pelo serviço de saúde e o risco de o Estado tomar medidas intervencionistas sob o pretexto de promovê-lo (SCLIAR, 2007, p. 37).

Segundo Burlandy, Bocca e Mattos (2012), a definição de um conceito, tal como o de saúde, doença e de promoção da saúde, não parte somente do conhecimento tido como científico, mas apresenta também uma relação com a ação política realizada por uma série de atores em determinado momento histórico. Conceito este que não é imutável, mas é ressignificado de acordo com o contexto histórico e geopolítico que se apresenta.

Assim, ao final da década de 1960, diante da crise política e social que acompanhava a crise econômica no Brasil, surge uma ampla discussão em torno do conceito de saúde e doença, com um questionamento sobre o paradigma biomédico predominante até então, que compreendia a doença como fenômeno biológico e individual. Essa era a concepção da prática médica predominante no período, decorrente de um processo histórico que levou ao determinismo biológico após a era da microbiologia, mas que demonstrou a limitação em responder as demandas de saúde da época, evidenciando a necessidade de compreensão da determinação dos aspectos sociais, econômicos, políticos e históricos do processo saúde-doença (LAURELL, 1982).

O enfoque biomédico teve sua origem com o desenvolvimento do modo de produção capitalista norte-americano, que inicia sua incidência maior em meados de 1910, sendo definido como um modelo de atenção à saúde considerado positivista. Baseia-se em uma concepção de verdade universal

presente no mundo material e apreensível exclusivamente a partir da pesquisa científica cartesiana. É centrado nas especialidades médicas para a obtenção da cura das doenças. Após a II Guerra Mundial vivencia uma rápida expansão, tornando-se hegemônico nos Estados Unidos. Nas décadas seguintes, em função de suas características torna-se gradativamente tecnicista e medicalizante, sendo o hospital a principal instituição de tratamento das doenças e o espaço organizado para a atuação do profissional médico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

A partir do questionamento sobre esse paradigma, constitui-se a corrente de medicina social latino-americana na década de 1970, que destacou a limitação desse modelo em oferecer respostas efetivas para a melhoria da condição de saúde da população. Essa posição representou naquele período um marco da inserção do pensamento social na área da saúde (LAURELL, 1982; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Esta linha de conhecimento questiona a causalidade imbricada no conceito do determinismo biológico das doenças, que considera que as questões sociais na saúde estão relacionadas somente aos fatores causais (NOGUEIRA, 2009). Como contraponto ao determinismo, Breilh (2010) afirma que a saúde humana e os ecossistemas baseiam-se em processos biológicos que são socialmente determinados e conclui que:

Quando pensamos nessa determinação social da saúde, queremos cuidar de uma perspectiva dialética que não se enquadra nem no determinismo biológico nem no determinismo histórico, temos que trabalhar nas relações “sócio biológicas” e “sociedade-natureza”, de tal maneira que nenhuma das partes perca sua presença na determinação (BREILH, 2010, p. 20).

A perspectiva da “determinação” sócio biológica, amplia a abordagem do estudo pontual da causalidade ou fator determinante de uma situação, para a compreensão do processo saúde-doença como fenômeno coletivo a ser compreendido em seu contexto histórico e social (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, apresentou como definição de saúde o “resultado dos modos de organização da produção no contexto histórico de uma sociedade e deve ser conquistada pela coletividade

em sua existência cotidiana” (PINHEIRO; RECINE; CARVALHO, 2006, p. 187–188). A partir de então, há um novo desenho proposto para reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com um modelo de atenção à saúde que considera a complexidade da determinação social da saúde.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 196, evidencia a saúde como direito de todos e dever do Estado, com vistas a garantir:

[...] mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 67).

Tal princípio norteia o SUS e expressa que a saúde não se limita às capacidades físicas ou biológicas inerentes dos indivíduos, mas tem relação direta com recursos sociais e coletivos. Responsabiliza o Estado no sentido de garantir esse direito mediante o desenvolvimento de políticas, programas sociais e econômicos que promovam o alcance do direito à saúde para toda a população, mediante definição de metas, indicadores e uso de recursos disponíveis (PINHEIRO, RECINE, CARVALHO, 2006).

Nesse contexto, em 2006, ocorre a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde (CNDSS), responsável por avaliar políticas e programas que intervissem sobre estes determinantes e para viabilizar a comunicação entre vários setores sobre a importância da consideração dessa perspectiva em suas ações. Em seu Relatório Final intitulado “As causas sociais das iniquidades do Brasil”, lançado em 2008, definiu que “determinantes sociais em saúde” abrangem aspectos econômicos, culturais, étnico/raciais, sociais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população (CNDSS, 2008).

Apesar de representar um grande avanço em trazer na pauta da agenda política a questão social envolvida no processo saúde e doença, essa abordagem pode ser considerada muito restrita a fatores pontuais, desconsiderando as relações histórico-sociais existentes. Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2014) afirmam que o termo “determinantes sociais da saúde” por si só fragmenta os dois conceitos, quando se busca uma explicação “social” para uma dimensão “saúde”, sendo as duas dimensões inseparáveis.

Segundo Nogueira (2009) a abordagem utilizada no relatório enquadra o conceito de determinantes sociais de saúde na visão biologicista da saúde. O autor afirma que essa visão reducionista e fragmentada seria uma possível tentativa de padronizar a discussão dentro do modelo hegemônico da epidemiologia da saúde, desconsiderando as contribuições advindas das áreas sociais (sociologia, filosofia e ciências políticas). O autor afirma que “a multiplicidade de conceitos sobre as relações entre saúde e sociedade consegue enriquecer a compreensão da determinação social” (NOGUEIRA, 2009, p. 404).

O social deve ser compreendido como “um campo de saberes, práticas e valores historicamente construído, coletivamente transformado e comprometido com um mundo mais justo, menos desigual e, portanto, mais feliz” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014, p. 1181).

Em sintonia com as críticas anteriores, Breilh (2010) questiona o uso do termo “Determinantes Sociais da Saúde” impulsionado pela CNDSS da OMS. Três décadas antes, o autor elaborou uma concepção mais integral do objeto “saúde”, entendendo-o como uma:

prática integral de transformação estrutural ligada a luta de movimentos sociais e não na transformação de riscos isolados ou fatores determinantes ligados às preocupações da burocracia internacional (BREILH, 2010, p. 19).

Todas as relações ocorrem em espaços comuns, onde vivem diversos sujeitos sociais que partilham interesses coletivos ou individuais, a partir de relações de poder e contradição (BREILH, 2010).

Segundo o autor:

o grande movimento da vida forma uma unidade dinâmica, a vida no planeta se desenvolve sob a determinação de um grande movimento metabólico. É uma das expressões mais amplas da determinação social da vida (BREILH, 2010, p. 95)

A dinamicidade do processo de determinação social da saúde revelou ao longo da história, a necessidade de uma reflexão constante sobre os processos de organização de atenção à saúde. É imprescindível conhecer a realidade expressa no território, as relações existentes no ambiente, seja com a comunidade ou com as famílias, tendo em vista a necessidade de repensar



constantemente as estratégias de implementação de políticas públicas promotoras de saúde e organização do sistema de saúde, a fim de garantir resolutividade frente às necessidades de saúde da população e as transformações sociais dos seus condicionantes.

### 2.1.2 A situação de insegurança alimentar e nutricional da população brasileira e o processo saúde-doença

A realidade alimentar e nutricional brasileira é resultante de processos econômicos, políticos e sociais que têm suas raízes históricas no período colonial. Os modelos de produção de alimentos, prioritariamente voltados para a subsistência, sofrem forte influência dos colonizadores tanto na maneira de produzir como na sua finalidade. O governo português, na perspectiva de realização de um modelo de colonização de exploração, optou pela produção de alimentos voltada à exportação, em detrimento do abastecimento interno, gerando uma situação crônica de carência alimentar, sobretudo para a população mais pobre. O modelo de desenvolvimento econômico adotado a partir de então manteve o favorecimento da produção para mercado externo, e apresentou como resultado a concentração da riqueza nacional, favorecendo a manutenção de um grande contingente da população que não consegue acessar uma renda adequada e suficiente e ter uma vida digna em função desse modelo concentrador (COUTINHO, 1988).

A condição de fome e insegurança alimentar decorrente desse processo, passa a ter visibilidade somente a partir de pesquisas e teses apresentadas às faculdades de medicina até início do século XX. Em 1933, um marco importante surge, com a pesquisa inédita realizada pelo professor Josué de Castro, que revelou a ocorrência de fome entre a classe operária de Recife e sua repercussão no processo produtivo desses trabalhadores (VALENTE, 1997; VASCONCELOS, 2005).

Com o propósito de “incorporar características fundamentais do humanismo aos projetos de desenvolvimento, colocar o conhecimento científico a serviço da ação política e da defesa das classes menos favorecidas” (ARRUDA; ARRUDA, 2011, p. 397), o autor publicou seu livro em 1946, intitulado Geografia da Fome. Neste livro estabeleceu relações de causalidade entre as

questões sociais e biológicas e situação de saúde, com enfoque para doenças e desnutrição de grupos sociais diversos, em todas as regiões brasileiras (CASTRO, 2001).

Em outra publicação de 1951, a Geopolítica da Fome, o autor buscou aprofundar a discussão de que o problema da fome e da desnutrição não eram exclusividade da situação brasileira, mas que também estavam presentes na realidade latino-americana e também nos demais continentes, sobretudo nos países do hemisfério sul (CASTRO, 1951; RIGON; BÓGUS, 2016).

Em 1962, a Fundação Getúlio Vargas realiza a primeira POF em oito estados brasileiros e constata que 38,5% da população consumia menor quantidade de calorias do que o estimado como adequado, sendo ainda maior a porcentagem dessa inadequação em áreas urbanas e no nordeste brasileiro, chegando o estudo a registrar que 74,4% da população apresentava ingestão calórica insuficiente (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 1970; VASCONCELOS, 2007).

Em convênio com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1975/1976 o IBGE realizou mais um inquérito nacional sobre a população brasileira intitulado Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF). O estudo teve por objetivo avaliar o consumo alimentar, a estrutura da despesa familiar e o estado nutricional de uma amostra da população brasileira. Como resultado obteve-se dados alarmantes, revelando uma prevalência estimada de desnutrição infantil (crianças menores de 5 anos) em torno de 18,4%, com maior prevalência no Nordeste do país (MONTEIRO et al., 1993).

A década de 1980 no Brasil representou a transição entre o período da ditadura militar, iniciada em 1964 e o processo de redemocratização, impulsionado pela mobilização da sociedade. Além da reivindicação por mudanças urgentes nas condições gerais de vida da população e pelo fim da ditadura, houve a articulação política para a realização de uma assembleia constituinte e a aprovação da Constituição Cidadã em 1988 (VASCONCELOS, 2007).

Entre 1987 e 1989 foram realizadas duas novas pesquisas no país, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e a POF 1987-1988, sendo a primeira desenvolvida em parceria com o INAN, cujo objetivo foi o de avaliar o estado nutricional da população brasileira nesse período e caracterizar as

condições de saúde e a estrutura socioeconômica das famílias (LEAL; BITTENCOURT, 1997; IBGE, 2019a).

A PNSN indicou que 7,1% de crianças menores de 5 anos apresentavam desnutrição, ao passo que 4,9% manifestavam um quadro de obesidade, indicando uma redução expressiva na desnutrição infantil em torno de 60%. Os dados revelaram que 13 milhões de adultos apresentavam baixo peso (15,9%), 32,9% excesso de peso e 8,3% obesidade. Observou-se nesse período, uma diminuição de 1/3 de desnutrição geral e de 2/3 para as formas de moderada a grave, sendo que o Nordeste foi a região que apresentou as menores porcentagens de redução (IBGE, 1989; COITINHO et al., 1991; MONTEIRO et al., 1993).

Em função da descentralização das políticas sociais proposta pela Constituição de 1988, os municípios começaram a ter mais responsabilidade e autonomia para aplicação de recursos e desenvolvimento de políticas federais, estaduais e municipais em seu território. No entanto, apesar dos avanços advindos desse processo, as condições sociais e econômicas da população brasileira ainda se mostravam bastante adversas, predominando altas prevalências da pobreza e da desigualdade social.

Em 1993, ocorre a divulgação em todo o país dos dados do Mapa da Fome, uma publicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) constatando que 32 milhões de brasileiros se encontravam em situação de miséria (PELIANO, 1993).

No início dos anos 2000 a temática da SAN entra na agenda política governamental, sendo priorizados estudos para contribuir com mapeamento da situação de segurança e insegurança alimentar e do estado nutricional da população brasileira, como reflexo de processos de determinação social, com vistas ao subsídio das decisões governamentais para implementação de políticas públicas (IBGE, 2004, 2010a, 2020; BRASIL, 2009b).

A SAN passa então a ser tema da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, 2009 e 2013, da PNDS de 2006 e da POF 2017-2018, nas quais as condições de segurança alimentar (SA), e os diferentes graus de insegurança alimentar (IA) foram investigados com o uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA). A EBIA é uma escala utilizada internacionalmente e validada no Brasil e que possibilita a identificação de

grupos vulneráveis em insegurança alimentar e nutricional a partir da percepção dos indivíduos, além de mensurar os impactos de ações desenvolvidas para combater a fome nesses grupos (SEGALL-CORREA et al., 2007; IBGE, 2020).

Em 2004, 65,2% das famílias apresentavam uma situação de SA (acesso à alimentos em quantidade e qualidade, sem sentir iminência de sofrer restrição em futuro próximo), 16% registraram IA leve (preocupação que o alimento acabe antes que haja condições financeiras para comprar), 12,3% se encontravam em IA moderada (insuficiência de alimentos, que inicia com a restrição de quantidade ou alteração nos padrões de consumo de adultos) e 6,5% estavam em IA grave (indica alguma situação de fome vivida por adultos e crianças, nos últimos três meses que antecederam a entrevista) (IBGE, 2004).

A situação de SA ou IA tem importante reflexo no estado nutricional das famílias, sendo que no período de 2006 e 2009, identificou-se uma prevalência de déficit de peso em adultos (média de 2,7%), com maior prevalência no sexo feminino (IBGE, 2010a).

Em relação ao estado nutricional infantil, em 2008/2009 verificou-se um aumento de 4% do déficit de peso de crianças de 5 a 9 anos (IBGE, 2010a). Apesar disso, a pesquisa indicou uma progressiva redução da desnutrição infantil, observada nos últimos 30 anos, com menores declínios nas Regiões Norte e Nordeste do País, o que demonstra uma desigualdade regional quanto ao perfil do crescimento infantil da população (IBGE, 2010a).

Por outro lado, neste mesmo período, as pesquisas evidenciaram um aumento de sobrepeso e obesidade em mulheres em idade fértil. Em relação aos homens o excesso de peso estava presente em metade dos homens brasileiros, sendo que 12,5% estavam obesos (BRASIL, 2008; IBGE, 2010a).

Destaca-se que a prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos, foi acentuada na região Sul do País, se comparada às outras regiões, bem como apresentou valor percentual maior do que a média brasileira para cada um dos segmentos participantes do estudo (IBGE, 2010a).

De acordo com POF 2008/2009, a frequência de excesso de peso havia triplicado nos últimos 20 anos, alcançando entre 1/5 e 1/3 dos jovens. Já em adultos, o excesso de peso aumentou significativamente, alcançando metade da população brasileira (BRASIL, 2008)

Em 2009 a proporção de domicílios em SA foi de 69,8%, de IA leve para 18,7%, com IA moderada de 6,5% e com IA grave 5%, sendo afetados por essa última situação, 11,2 milhões de brasileiros (CONSEA, 2010).

A frequência de IA, em 2009 foi relativamente maior na área rural com exceção da região Sul onde o perfil de insegurança alimentar foi superior na área urbana. A IA moderada e grave foram cerca de duas vezes mais frequentes em residências onde a mulher entrevistada era negra e além disso, a IA grave esteve associada à maior prevalência quando a pessoa de referência da entrevista era do sexo feminino, apresentava menor escolaridade e idade inferior a 60 anos (BRASIL, 2008).

As diferenças entre as regiões do país persistiram em 2009, pois enquanto na Região Norte e Nordeste as dificuldades em relação ao acesso aos alimentos atingiram cerca de 50% dos domicílios, nas regiões Sudeste e Sul o problema se verificou em somente um quinto dos domicílios (CONSEA, 2010).

A PNAD de 2013 revelou uma redução no percentual de brasileiros que se encontravam em algum grau de insegurança alimentar e nutricional de 30,2% em 2009 para 22,6% em 2013, atingindo o mais alto percentual de SAN até então, de 77,4%, representando um aumento de 21,7 milhões de moradores nessa situação durante o período de quatro anos (IBGE, 2014a, 2014b).

Em 2014, o Brasil obtém a sua retirada do Mapa da Fome da FAO ao atingir a meta de reduzir pela metade a proporção e também o número absoluto de pessoas que passavam fome no país, como consequência de uma melhoria nos índices de desenvolvimento humano e redução da desigualdade social (FAO; IFAD; WFP, 2014).

Entretanto, apesar desse importante avanço, em estudo realizado por Sousa et al (2019), que analisou, os dados da EBIA da PNAD 2004, 2009, 2013 e da Pesquisa Mundial Gallup de 2015, 2016 e 2017, identificou-se um aumento significativo da insegurança alimentar e nutricional no período de crise financeira e política brasileira, de 2015 a 2017. Os autores e autoras constataram uma diminuição de um terço no percentual de domicílios em SA de 76% em 2013 para 49% em 2017. Em contrapartida a IA grave triplicou neste mesmo período (de 4% para 12%). Houve uma associação forte entre maior probabilidade de sofrer IA com a pobreza, piores níveis de emprego, apoio social e menor escolaridade dos indivíduos.

A publicação de resultados da POF 2017/2018, em setembro de 2020, demonstrou que somente 63,3% dos domicílios encontravam-se em SA, a IA ainda estava presente em 36,1% dos domicílios, sendo 24,1% em IA leve, 8,1% em IA moderada e 4,6% em IA grave, este último correspondente a 3,2 milhões de domicílios com privação de alimentos e experiência da fome. A pesquisa verificou que a IA grave esteve mais presente na população rural (7,1%) quando comparados com a população que reside em área urbana (4,1%) (IBGE, 2020).

Os domicílios da região Norte do país apresentavam mais de quatro vezes a proporção de IA grave quando comparados com os das regiões Sul e Sudeste e os do Nordeste mais de três vezes. Ainda assim, no Sul do país quase 5 milhões de pessoas apresentaram uma restrição grave de acesso aos alimentos. Tais resultados revelam que as desigualdades regionais de acesso aos alimentos verificados em estudos de anos anteriores ainda se mantêm revelando um cenário de presença da fome coexistente com as desigualdades regionais (IBGE, 2020; SALLES; SEGALL-CORREA, 2020).

Para além dos aspectos regionais, a pesquisa evidencia que são indicadores de vulnerabilidade para IA, o fato de a pessoa de referência da família ser mulher e ser autodeclarada negra (preta ou parda) (IBGE, 2020). É evidente a relação da fome e insegurança alimentar e nutricional com os processos de determinação social, relacionados a questões regionais, étnico-raciais, gênero, escolaridade, moradia e idade.

Ainda não foram disponibilizados os dados de antropometria e estado nutricional da população brasileira pela POF 2017-2018, entretanto, conforme abordado anteriormente a desnutrição, sobrepeso e obesidade coexistiam no país e acometiam todas as faixas etárias e grupos, reflexo de processos complexos de determinação social da saúde. Ainda que a desnutrição tenha apresentado cada vez mais uma menor prevalência é importante compreender que ela acomete famílias com menores rendimentos, socialmente vulneráveis, residentes em comunidades tradicionais e encontra-se localizada com maior frequência na região Norte do país, em sintonia com a distribuição da IA. Assim torna-se necessária a priorização deste tema na agenda pública das políticas sociais e de SAN, sobretudo para os mais vulneráveis, por se tratar de um problema urgente de saúde ainda a ser equacionado (IBGE, 2010a; SOUSA et al., 2019).

Essa retomada cronológica da condição de (in) segurança alimentar e principalmente dos perfis do estado nutricional apresentados até o momento atual tem por objetivo possibilitar a visualização do resultado de processos históricos vivenciados pelo Brasil na condição de nutrição e saúde de sua população. Cabe agora introduzir, ainda que de forma sucinta, quais são os principais elementos estruturantes do processo de determinação desse perfil nutricional que se manifesta de forma recorrente refletindo uma condição de má nutrição, seja ela a desnutrição, seja o sobrepeso/obesidade ou a presença de ambos. Assim, como as principais causas que contribuem para tal desfecho devem ser destacadas a limitação do acesso aos alimentos, a desigualdade social e étnico-racial, a falta de acesso universal aos serviços públicos, o sistema agroalimentar vigente e as ameaças à soberania alimentar e às culturas alimentares regionais e locais (BRASIL, 2004a).

A dificuldade de acesso aos alimentos tem sua raiz na estrutura econômica da sociedade brasileira, que ao longo do processo de sua formação desenvolveu mecanismos que levaram à concentração de riquezas exacerbada por parte de uma parcela muito pequena da população. Assim apesar de ser uma das dez maiores economias mundiais, o Brasil ainda apresenta mais de 1/4 da sua população vivendo em uma condição de pobreza e de vulnerabilidade social, o que restringe em muito o acesso à alimentação adequada. Parte dessa situação se deve à elevada concentração fundiária e à falta de políticas públicas de apoio à agricultura familiar, o que impede o acesso aos meios de produção dos alimentos e conseqüentemente de consumo no meio rural; outra parte se deve à concentração de renda no meio urbano, que não permite ao trabalhador e à trabalhadora o acesso a salários dignos que propiciem a segurança alimentar e nutricional necessária. Dessa forma a concentração de renda, de terra e de recursos em geral, produzida pelo modelo de desenvolvimento que rege o país, resulta em uma desigualdade social e étnico-racial que distancia os mais vulneráveis de seus direitos básicos, e dentre eles o direito à alimentação e nutrição adequadas, quadro em muito agravado pela falta de acesso universal aos serviços públicos como o de saúde, educação, assistência social, entre outros (BRASIL, 2004a).

Outra questão central nesse processo de determinação se refere à consolidação de um sistema agroalimentar mundial e nacional estruturado de

acordo com a lógica da mercadorização do alimento e não da promoção do direito à alimentação e nutrição adequadas. Tal situação representa uma ameaça à soberania alimentar e às culturas alimentares regionais e locais, uma vez que a importação e exportação de alimentos interfere na autonomia nacional e na produção local. Isso ocorre em função das pressões advindas do comércio internacional e do favorecimento interno ao agronegócio em detrimento da produção advinda da agricultura familiar, cujos princípios estão mais alinhados às questões de SAN e de SOBAL (BRASIL, 2004a).

Assim, conforme o processo de determinação social da condição de segurança alimentar e nutricional da população vai sendo compreendido mediante a discussão realizada, torna-se mais evidente a necessidade do fortalecimento de políticas públicas, programas e ações estruturantes que determinem uma mudança desse cenário de maneira efetiva, considerando as necessidades gerais de vida da população em todo o território brasileiro, a diversidade socioambiental e cultural das regiões, seus sistemas alimentares, os interesses envolvidos no complexo processo da alimentação e nutrição da população e a urgência da garantia do direito à saúde.

## 2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PROTOMORAS DA SAÚDE E A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO ADEQUADAS

### 2.2.1 O marco conceitual da Promoção da Saúde

A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia importante para o enfrentamento dos problemas de saúde resultante dos processos de determinação social, uma vez que propõe articulação entre saberes técnicos e populares e o envolvimento de instituições públicas, privadas e a da comunidade para o seu equacionamento (BUSS, 2000).

Dessa forma é relevante conhecer o histórico da construção do marco conceitual da Promoção da Saúde tanto no âmbito internacional como no contexto brasileiro, de maneira a compreender como essa abordagem pode contribuir para o enfrentamento do problema da insegurança alimentar e



nutricional brasileira. Essa problemática foi discutida no tópico anterior a partir da apresentação do processo de determinação social de insegurança alimentar e nutricional e das alterações do estado nutricional da população, que se manifestaram em decorrência desse quadro e das condições precárias de vida que se configuraram nos diferentes momentos da história do país.

Para compreensão do que significa o processo saúde-doença enquanto representação social é importante resgatar as diferentes explicações que a doença obteve ao longo da história, como a concepção mágico-religiosa que reconhecia a doença como resultado das ações de forças externas e metafísicas na antiguidade, na idade média compreendida como um castigo, no renascimento como desequilíbrios no modo de viver e na revolução industrial como resultado das péssimas condições de vida e trabalho (SCLIAR, 2007; ROSSA; RIGON; GARCIA, 2019).

A partir do século XIX, ocorre o crescimento dos estudos em torno da microbiologia, que passa a caracterizar a situação de doença com um fator uni causal, cuja prevenção e tratamento estariam restritas ao enfrentamento de agentes de origem microbiológica. Tal visão tem desdobramentos sobre o enfoque da ação sanitária que toma um caráter higienista, mais técnico e setorial, contribuindo para a consolidação do enfoque biomédico de atenção à saúde enquanto modelo hegemônico que utiliza dos medicamentos, sobretudo dos antibióticos para o tratamento das doenças (BUSS, 2000; SCLIAR, 2007; ROSSA; RIGON; GARCIA, 2019).

A definição de saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social e não simples ausência de doença proposto pela OMS em 1948 representou avanço significativo na direção contrária a esse reducionismo, entretanto o modelo biomédico consolida-se após a 2ª Guerra Mundial, com o crescimento da indústria de medicamentos e de equipamentos de alta complexidade. Ao mesmo tempo que o modelo biomédico passou a definir grande parte dos modelos de atenção à saúde, cresce por outro lado, sobretudo ao final dos anos 60, a discussão em torno da Medicina Social, que tem como apoio a epidemiologia social crítica, baseada na importância da compreensão dos processos de produção da saúde e da doença na sociedade (ROSSA; RIGON; GARCIA, 2019).

A partir da década de 70, movimento de promoção de saúde surge de maneira mais vigorosa nos países industrializados como Estados Unidos, países da Europa Oriental e especialmente no Canadá, a partir de um documento conhecido como “Informe Lalonde”. Este documento propicia o desdobramento para o moderno movimento da promoção da saúde, sendo que nele, o autor, então ministro de saúde atestava que todos os esforços do governo canadense para enfrentamento dos problemas de saúde realizados até então estavam focados na organização da assistência médica e não nas causas principais que envolviam os outros três componentes do campo da saúde: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida (BUSS, 2000; FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Diante desses movimentos e debates em torno de saúde e doença e da desigualdade presente entre sistemas de saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento houve uma mobilização de diversos organismos internacionais que resultaram na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. A conferência culminou na elaboração da declaração de Alma-Ata, cujo conteúdo enfatizou a Atenção Primária à Saúde como prioridade estratégica para a promoção de saúde, uma vez que o modelo biomédico nesse período já se mostrava insuficiente e oneroso para atender às questões relacionadas à complexidade do processo de determinação de saúde e da doença (OMS, 1978).

Definiu-se que a Atenção Primária à Saúde deveria então focar em estratégias com base em ações práticas, social e economicamente viáveis, compatíveis com a situação econômica de cada país e disponíveis em locais acessíveis para a comunidade, que deveria se manter ativa no monitoramento do sistema de saúde (SCLIAR, 2007).

Em 1986, acontece a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá cujas temáticas demonstravam sintonia com a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no mesmo ano no Brasil. Ambas traziam à luz a discussão de que saúde não se caracterizava unicamente como ausência de doença, mas como resultado das condições de vida, questões biológicas, ambientais, sociais, culturais e econômicas que apresentam-se imbricadas no contexto de cada momento histórico da sociedade em um dado território. A partir do entendimento da saúde como produção social, torna-se

fundamental a iniciativa do Estado e a sua ação conjunta com diversos setores da sociedade e redes de apoio para a sua garantia e efetivação (WESTPHAL, 2003; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Segundo Mendes, Fernandez e Sacardo (2016) a prática de promoção de saúde pode ter como resultado o fortalecimento da coletividade, a partir da ampliação de autonomia e incentivo à participação dos sujeitos em redes e outros espaços democráticos, no sentido de contribuir para a formulação de políticas públicas. Apresenta, no entanto, como grande desafio a necessidade de ser reinventada de acordo a historicidade e o processo social que se apresenta em cada espaço, ou seja, é necessário considerar a compreensão de que a construção de práticas de promoção de saúde está em constante elaboração, considerando principalmente a importâncias das contribuições da participação social.

A carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986, representou um marco no delineamento do conceito de Promoção de Saúde, definida como:

o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2002, p. 19).

Assim, a partir de uma visão mais abrangente e consolidada, o documento evidencia os cinco campos de ação para a promoção da saúde, sendo eles: construção e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes saudáveis; necessidade de desenvolver habilidades pessoais; reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2000; BRASIL, 2002; PASCHE; HENNINGTON, 2006).

A discussão sobre o conceito e a prática da Promoção da Saúde no país coincide com o processo de reformulação do sistema de saúde, com a aprovação da Lei 8.080/1990 que cria o SUS no Brasil, a partir do reconhecimento da saúde como direito constitucional. Tal resultado é decorrente de recomendações advindas da VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs a reconstrução de práticas e estratégias de intervenção na saúde como resultado de uma crítica ao

*status quo* do campo sanitário, ancorado ainda fortemente na lógica biomédica (PASCHE; HENNINGTON, 2006; ARRUDA; ARRUDA, 2011).

A VIII Conferência de Saúde, em 1986, representou um grande avanço no país também para a área de alimentação e nutrição, com a massiva participação social e criação de um conjunto de proposições que se tornaram referência, tal como a proposição da criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (MALUF; REIS, 2013).

De acordo com Nunes (1994) os fundamentos, teorias e trajetória do SUS e da Promoção da Saúde apresentam-se simultaneamente como correntes de pensamento, como movimento social e como uma prática. Dessa forma o envolvimento da comunidade desde a formulação das políticas, nos espaços democráticos de participação social e na vivência prática desse conceito são fundamentais para que haja sintonia com as demandas do território.

Mesmo com a valorização de toda essa discussão por toda a área da saúde coletiva, o avanço no processo de operacionalização do conceito de Promoção da Saúde deu-se lentamente até o presente momento no âmbito do serviço de saúde. De uma certa forma sua efetivação apresenta relação com o cumprimento dos princípios doutrinários do sistema que são a universalidade, a integralidade e a equidade e que têm avançado gradativamente, mas numa velocidade inferior à necessária. Nesse sentido é sabido por diferentes estudos de avaliação do sistema, que apesar dos avanços inegáveis em direção à universalidade, o serviço de saúde ainda enfrenta inúmeros desafios para a total democratização de acesso, sobretudo o financiamento insuficiente para a consolidação de todas as ações necessárias, com o número de trabalhadores de saúde adequado para a prestação de serviços de qualidade e na quantidade suficiente. Há também a necessidade do avanço ainda maior da educação permanente dos profissionais de saúde para a compreensão desse novo paradigma assim como a sua inserção cada vez maior nos cursos de graduação (ALMEIDA FILHO, 2013; PAIM, 2018).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi aprovada em 2006 e atualizada em 2017 e define que a promoção da saúde “contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”. Seu teor registra com destaque os aspectos que determinam o processo saúde-doença da população brasileira, tais como a pobreza, a fome, a violência,

o desemprego, a falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água de forma a propor estratégias de intervenção dentro e fora do setor saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2010b). A portaria de consolidação nº2 de 2017 ratificou o compromisso do Estado Brasileiro com a ampliação e a qualificação das ações de promoção nos serviços e na gestão do SUS e a partir de então a mesma foi inserida na agenda estratégica dos gestores do sistema (BRASIL, 2017a).

É válido notar que o texto da política, bem como os documentos oficiais derivados dela, ainda estão muito arraigados ao enfrentamento de fatores de risco, que na realidade, apresentam uma conexão mais direta com as estratégias de prevenção de doenças. Tal abordagem ainda demonstra uma proximidade com a visão do determinismo biológico, distanciando-se dos processos de determinação social da saúde e de promoção da saúde. Os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças não devem ser compreendidos como sinônimos. Enquanto esta tem a proposta de evitar e se distanciar de hábitos e comportamentos que coloquem em risco a saúde de forma geral, aquela deve estimular atitudes, pensamentos e comportamentos que auxiliam indivíduos e comunidades a lidarem com problemas de uma forma geral e estrutural, mesmo que diante de situações de risco.

Assim, a consolidação do conceito de Promoção de Saúde no setor saúde, depende do desenvolvimento do SUS na reorientação do modelo biomédico ainda predominante, para uma abordagem pautada na integralidade da saúde. Para isso torna-se necessário fortalecer a atenção primária em saúde mediante a implementação da estratégia da saúde da família e para isso mudanças nas diferentes dimensões da assistência, gestão e atenção em saúde necessitam acontecer para responder positivamente a maior parte das demandas de promoção da saúde que lhe cabem em relação ao sistema de saúde como um todo. A superação das fragmentações conceituais e práticas existentes no âmbito do serviço de saúde é um desafio para a consolidação do SUS, uma vez que a união das ações clínicas, de promoção da saúde e de prevenção das doenças, bem como a valorização da articulação com ações intersetoriais que “potencializam o desenvolvimento e a ampliação do sistema de saúde como um todo, qualificando-o como política pública e instrumento

fundamental de defesa da vida” são cruciais para fazer avançar o sistema de saúde na direção necessária (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p. 39).

O olhar para os cinco campos da Promoção da Saúde possibilita vislumbrar caminhos estratégicos para além da reorientação do SUS, na direção de um esforço ampliado em responder às reais necessidades da população brasileira buscando atingir uma qualidade de vida que garanta o pleno atendimento de todos os direitos humanos e o desenvolvimento de uma sociedade sustentável, solidária e saudável no Brasil (BRASIL, 2002; BREILH, 2010).

Finalmente cabe ressaltar a importância que as temáticas de alimentação e a nutrição representam para a consolidação do conceito de Promoção da Saúde no âmbito do SUS e para além dele, sendo assuntos estratégicos para o sistema, mas ao mesmo tempo extremamente desafiadores dada a amplitude de tudo aquilo que abarcam e dos complexos processos que envolvem a sua determinação.

### 2.2.2 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional enquanto Políticas Públicas Promotoras de Saúde

Conforme discutido anteriormente, a insegurança alimentar e nutricional é parte do processo histórico no Brasil. Estratégias utilizadas por governantes, políticos e gestores ao longo desse processo buscaram fazer o seu enfrentamento, mas na maior parte das vezes de forma inadequada ou insuficiente, principalmente por objetivarem atenuar a situação com medidas de caráter emergencial e com uma abordagem exclusivamente biológica.

Há um conjunto de ações do governo Vargas implementadas na década de 1940 e nele o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) que se constitui na instituição emblemática, responsável pela produção de uma alimentação mais adequada do ponto de vista nutricional e sanitário para os trabalhadores da indústria. Na década seguinte, a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) elabora o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição do país. No entanto, desse conjunto de programas permanece apenas a Campanha Nacional da Merenda Escolar, em 1956, iniciativa que contou com o apoio do

Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI) para distribuição do excedente de leite em pó para o grupo materno-infantil (COUTINHO, 1988; VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2011)

Após o início da ditadura militar na década de 1960 ocorre a criação em 1972 do INAN, uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cujos objetivos eram a criação e a implementação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). O I PRONAN teve como principal proposta trabalhar a melhoria da alimentação e do estado nutricional da população brasileira, priorizando determinados segmentos da população, como o grupo materno-infantil. A proposta de fortalecimento dos pequenos agricultores em alguns projetos no interior do nordeste também fez parte de suas ações. Infelizmente, por uma série de razões políticas e operacionais o programa ficou restrito a questões muito pontuais não obtendo a amplitude necessária e tendo em seu escopo uma abordagem emergencial assistencial (ARRUDA; ARRUDA, 2011).

Diante dos dados que revelavam uma estreita relação dos processos de desnutrição com a questão social e de desigualdade regional no país, uma nova abordagem político-administrativa foi assumida pelo II PRONAN, que passa a trabalhar com essa perspectiva, assumindo em seu discurso a desnutrição como “doença social”. Um de seus pressupostos era que os grupos participantes das políticas coordenadas pelo programa, deveriam ser oriundos da população mais vulnerável social e biologicamente (ARRUDA; ARRUDA, 2011, p. 399).

Ainda que a redução da desnutrição indicasse um avanço positivo na situação alimentar e nutricional, havia ainda a necessidade urgente de criar estratégias que garantissem a continuidade dessa redução e um olhar atento à questão do sobrepeso e obesidade, em crescente aumento. Ainda assim, após a finalização da vigência do II PRONAN, seus programas continuaram sendo desenvolvidos, mas com perda progressiva de sua importância. A partir da década de 1990 tornaram-se mais frágeis, culminando no processo de extinção do INAN em 1997 (ARRUDA; ARRUDA, 2011).

Esse período foi marcado pelo enfraquecimento do tema da alimentação e nutrição na agenda política, devido à absorção dos princípios neoliberais fundamentados em um discurso de modernização do Estado mediante o enxugamento da estrutura pública e busca pela estabilidade econômica para pagamento da dívida externa. De maneira geral, os programas de alimentação

e nutrição tiveram sua atuação restrita, com o repasse de recursos financeiros reduzido e a extinção de muitas de suas ações (VASCONCELOS, 2005; RIGON; BÓGUS, 2016).

Assim, destaca-se aqui a importância de políticas públicas promotoras de saúde voltadas à alimentação e nutrição que passam a ser desenvolvidas no país a partir de meados dos anos 2000 e que assumiram um papel central na construção de um novo paradigma voltado ao reconhecimento da necessidade do enfrentamento da pobreza mediante a construção de políticas estruturantes e intersetoriais e da participação social para garantir os avanços necessários no enfrentamento da condição de insegurança alimentar e nutricional.

A PNAN aprovada mediante portaria nº 710/1999 e atualizada em 2011 é considerada um marco histórico para a construção da SAN no Brasil, por ter sido a única política que manteve essa temática na agenda governamental no período da sua instituição e de desmonte e extinção do INAN. A PNAN evidencia o papel do setor saúde, imprescindível para o alcance da SAN representando um instrumento de interlocução entre o SUS e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional que será instituída posteriormente (ALVES; JAIME, 2014; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

De acordo com a PNAN, a atuação do setor saúde em um cenário de segurança alimentar e nutricional abrange a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária, educação nutricional e ações de promoção da saúde. Quando diante de um cenário de insegurança alimentar e nutricional, o setor saúde deve envolver também a oferta de serviços de saúde para tratamento, reabilitação e prevenção das doenças decorrentes dessa condição sejam elas vinculadas à desnutrição ou ao excesso de peso (BRASIL, 2013a; ALVES; JAIME, 2014). Diante do exposto em capítulo anterior, a coexistência desses dois aspectos de problemas de saúde no território brasileiro, torna necessário que o escopo da atuação da atenção básica em saúde envolva o enfrentamento de tais agravos de maneira integrada e concomitante.

Assim, a articulação intersetorial das políticas torna-se uma estratégia indispensável para o alcance do direito humano a alimentação adequada, direito este reconhecido constitucionalmente em 2010 mediante a emenda nº 64, a partir das discussões suscitadas durante a implementação de leis, que



enfatazaram o fato de a alimentação constituir-se como direito social, devendo ser garantido pelo Estado (BRASIL, 2010c).

Com vistas à garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), em 2006 foi instituída a LOSAN, mediante a Lei nº 11.346, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) que tem o papel de viabilizar a formulação e implementação de políticas, planos, programas e ações pertinentes à consecução da SAN. A inserção do direito humano à alimentação adequada e saudável (DHAA) e da soberania alimentar (SOBAL) como princípios orientadores das políticas de SAN, coloca tais conceitos como indissociáveis e norteadores de todas as ações de SAN em documentos legais assim como nas ações para a sua consolidação, pois partem do reconhecimento que a SAN tem relação com produção, comércio, acesso, consumo, promoção de práticas alimentares saudáveis, entre outros aspectos (BRASIL, 2006a; BURLANDY; MALUF, 2011).

A garantia do DHAA é responsabilidade dos governos nacionais, mas para que possa ser consolidado torna-se essencial a efetivação da SOBAL (ROCHA, 2013), sendo a mesma definida como:

[...] o direito dos povos definirem suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda a população, com base na pequena e média produção, respeitando suas próprias culturas e a diversidade dos modos camponeses, pesqueiros e indígenas de produção agropecuária, de comercialização e gestão dos espaços rurais, nos quais a mulher desempenha um papel fundamental [...]. A soberania alimentar é a via para se erradicar a fome e a desnutrição e garantir a segurança alimentar duradoura e sustentável para todos os povos (WORLD FORUM ON FOOD SOVEREIGNTY, 2001, p. 4)

A formulação e implementação de políticas sociais e de soberania alimentar, que sejam sustentáveis e condizentes com a realidade do país são estratégias que podem auxiliar na garantia desse direito. Entretanto, não são suficientes de forma isolada e dependem em muito da vontade política e do comprometimento de atores da sociedade (ROCHA, 2013).

O DHAA é um conceito bastante amplo, que extrapola o objetivo de combate à fome porque tem relação com o conceito de SAN e por isso envolve a questão da disponibilidade e acesso dos alimentos de qualidade em

quantidade suficiente, produzidos de maneira ambientalmente sustentável e que sejam culturalmente aceitáveis, de maneira a não prejudicar o acesso a outros direitos (BRASIL, 2006a).

A compreensão da SAN, do DHAA e da SOBAL de maneira integrada, tem sido uma estratégia de órgãos relacionados à temática, tais como Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e o Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (FBSSAN), a fim de construir propostas para o enfrentamento de problemas de várias áreas distintas que se constituem em ameaças à SAN: os riscos socioambientais, a violação da identidade cultural de povos, o agravamento das desigualdades sociais, os sistemas de produção e comercialização de alimentos estruturados exclusivamente segundo a lógica de mercado, dentre outros mais (BURLANDY; MALUF, 2011).

A insegurança alimentar e nutricional presente em vários países não implica somente na falta de produção e de disponibilidade de alimentos. A impossibilidade de acesso a uma alimentação adequada por falta de renda dos indivíduos, em sociedades onde o alimento é priorizado como mercadoria, constitui uma realidade na grande maioria dos países. Nesses territórios existem elevados contingentes de pessoas, que mesmo residindo em ambientes com abundância de alimentos, encontrem-se em IA em função da baixa renda, expressando uma condição de violação do DHAA (ROCHA, 2013).

Países com maior desigualdade social e econômica, como o Brasil, tem o agravante do custo da alimentação, que muitas vezes torna a alimentação inacessível para grande parte da população mais pobre (ROCHA; BURLANDY; MAGALHÃES, 2013). A garantia da SAN tem relação com a perspectiva de “produzir e adquirir alimentos sem comprometer a dignidade das pessoas e seus direitos básicos” (ROCHA, 2013, p. 73), ou seja, a garantia da SAN deveria ser uma necessidade contemplada pelo modo de produção, pelos sistemas alimentares, pelas políticas sociais e econômicas desenvolvidas.

É importante destacar o papel do CONSEA criado em 1993, como proposta advinda da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo objetivo foi o de apresentar propostas para os problemas da fome e miséria no país. A partir de manifestações da sociedade civil ocorre a proposição de uma política nacional de segurança alimentar e nutricional (MALUF; REIS, 2013).

Dois anos depois de sua criação o CONSEA é extinto e substituído pelo Programa Comunidade Solidária, com a justificativa desse programa dar continuidade às ações recentes de mobilização social no combate à fome, exclusão social e pobreza. Entretanto, tal iniciativa representou um retrocesso significativo, uma vez que o novo programa, sob a égide da busca da eficiência do Estado e desoneração do orçamento público, transferiu grande parte dos serviços sociais para o setor privado por meio de parcerias. Assim, ao invés de compor um conjunto de ações estruturantes com a instituição de políticas públicas, limitou-se a questões emergenciais, focadas em programas relacionados ao combate de causas pontuais da pobreza. Como resultado obteve-se a retirada da temática da questão alimentar e nutricional da agenda pública nacional (MALUF; REIS, 2013; SILVA, 2014).

A partir de 2003, com uma mudança significativa na priorização da agenda da SAN pelo governo, o tema adquire maior destaque. Busca-se nesse período a construção de uma política de desenvolvimento com vistas à garantia de acesso aos alimentos para toda a população. O CONSEA retoma suas atividades, como órgão de caráter consultivo de representação da sociedade civil, constituindo-se em um espaço de proposição de ações e diretrizes para as políticas de SAN (VASCONCELOS, 2005; BRASIL, 2006a; RIGON; BÓGUS, 2016).

Em 2010 ocorre a regulamentação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), estabelecendo-se como instrumento de planejamento e execução das ações o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) (ALVES; JAIME, 2014). Apresenta-se a seguir as diretrizes da PNSAN:

- I - Promoção do acesso universal à alimentação saudável e adequada, mediante o enfrentamento das desigualdades, com prioridade para as famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional;
- II - Promoção do abastecimento e estruturação de sistemas justos, de base agroecológica e sustentáveis de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos;
- III - instituição de processos permanentes de produção de conhecimento, educação e formação em soberania e segurança alimentar e nutricional e direito humano à alimentação adequada;
- IV - Promoção, ênfase e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para povos e comunidades tradicionais;

V - Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional;

VI - Apoio a iniciativas de promoção da soberania e segurança alimentar e nutricional em âmbito internacional;

VII - promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente para atender às necessidades das populações urbanas e rurais, com prioridades para as famílias em situação de insegurança hídrica, e promoção do acesso à água para a produção de alimentos da agricultura familiar, povos indígenas e outros povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2010a).

Em função desse processo e de um conjunto de políticas, programas e ações intersetoriais, em 2014, o Brasil sai do Mapa da Fome. Segundo o relatório da FAO de 2014, o alcance dessas metas teve seu progresso acelerado quando a fome foi colocada como tema prioritário na agenda política do Brasil a partir de 2003, mediante o lançamento do programa Fome Zero (FAO; IFAD; WFP, 2014).

O Projeto Fome Zero, configurava-se como uma política de inserção social, que agregava diferentes ações com foco na erradicação da fome, na geração de renda e trabalho, no resgate da cidadania, com vistas à garantia de SAN. A estratégia trouxe para a agenda política as temáticas do Direito Humano à Alimentação, SAN e combate à fome e à miséria. Posteriormente suas estratégias serão integradas à PNSAN (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2011).

Vale destacar que, apesar dos avanços conquistados nesse período da história do país, a partir de 2015 passam a ocorrer mudanças na priorização das políticas sociais e conseqüentemente os primeiros sinais de fragilização das políticas públicas de alimentação e nutrição. Tal processo passa a ser acelerado em 2016 e em 2019 já são registrados retrocessos significativos na consolidação das políticas de SAN, ocorrendo redução do orçamento, focalização das ações e redução do número de pessoas atingidas pelas suas políticas, além de uma limitação da participação social (RECINE, 2019; VASCONCELOS et al., 2019).

Como resultado, diante de políticas de restrição orçamentárias, tais como a Emenda constitucional 95/2016 que congela os gastos públicos pelo período de 20 anos e cortes orçamentários em programas sociais e de redes de proteção social, o Brasil retorna à iminência de voltar a compor a lista de países no Mapa da Fome (ENSP, 2018):

*A população brasileira viveu o período entre 2004 e 2013 tendência marcada pelo aumento de sua capacidade de acesso aos alimentos e, conseqüentemente, redução significativa da IA e fome. Os resultados da POF 2017-2018 mostram interrupção desse caminho, com reversão para valores, que no caso da SA, acesso pleno à alimentação adequada, são inferiores aos de 2004. Significa que foram necessários 10 anos (2003 a 2013) de formulação e implementação de políticas públicas de SAN, ou outras de impacto na SAN, para melhorar a situação alimentar de contingente expressivo do povo brasileiro e menos de 5 anos de desmonte dessas iniciativas para regredirmos 15 anos (2018-2003) (SALLES; SEGALL-CORREA, 2020, p. 5)*

Somado a esse cenário, um dos espaços de ampla participação social que trata diretamente da temática da fome e alimentação, o CONSEA nacional, foi novamente extinto mediante a medida provisória 870/2019, no primeiro dia do novo governo eleito em 2019. Destaca-se a importância da mobilização da sociedade civil a partir daí nesse processo, uma vez que esta tem se organizado e realizado uma série de manifestações, encontros e eventos intersetoriais com o propósito de reverter a situação e denunciar as consequências advindas dessas ações que têm fragilizado o SISAN e limitado a luta pelo DHAA e pela SOBAL no país (RECINE, 2019)

Conforme pôde ser evidenciado nesse tópico e nos anteriores o processo descrito é relevante e está imbricado na determinação do processo saúde-doença da população brasileira e por isso deve ser de interesse do SUS, sobretudo quando se considera a relevância para a promoção de saúde, do enfrentamento de elementos que contribuem para a manutenção de um cenário de insegurança alimentar e nutricional no país. É fundamental que o setor saúde continue apoiando intersetorialmente as políticas de SAN e a manutenção do SISAN com todas as suas instâncias, além da manutenção dessa temática na agenda da PNAN, sendo urgente pensar na ampliação de estratégias que já têm sido realizadas pelo Ministério da Saúde nessa direção (ALVES; JAIME, 2014). Por outro lado é fundamental o apoio à saúde por parte da PNSAN, conforme expresso na sua quinta diretriz que se refere ao “fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional” (BRASIL, 2010a).

No entanto, mesmo com o apoio intersetorial da PNSAN e das demais políticas, não há como avançar na promoção da saúde com a manutenção do

enfoque biomédico na atenção primária em saúde e a permanência das condições de vida da população numa situação de precariedade. A menção da promoção de saúde e da necessidade da intersetorialidade evoca a necessidade de pensar aspectos mais amplos sobre a determinação social da saúde.

Nesse contexto cabe novamente a retomada da contribuição de Breilh (2010) que propõe a necessidade de pensar em três aspectos que são relevantes para a determinação da vida. O primeiro é a sustentabilidade, conceito este que evoca um “conjunto de condições para os ecossistemas sociais apoiarem ou sustentarem, um estilo de vida pleno, digno, feliz e saudável” (BREILH, 2010, p. 97). O segundo é a solidariedade, onde toda a estrutura produtiva se organiza em torno do bem comum, baseado nos preceitos da equidade, onde todos os povos podem viver plenamente com sua identidade e cultura, construindo sistemas de direitos humanos que sejam respeitados e garantidos. E por fim o ser saudável, que possibilita modos de vida que protegem indivíduos, famílias e sociedades levando-os a uma boa qualidade de vida física, biológica, psíquica e social (BREILH, 2010).

A imagem de uma sociedade mais humana, sustentável e solidária e por isso mais saudável, com um perfil resultante de um conjunto estruturante de políticas públicas promotoras de saúde constitui um paradigma em sintonia com a reorientação do SUS, na formação dos profissionais de saúde que nele atuam, na organização de modelos de atenção à saúde com essa referência, bem como na criação de políticas públicas promotoras de saúde, tais como a PNAN e como a PNSAN, enfim ações que considerem a complexidade e a integralidade do ser humano, bem com as infinitas relações existentes entre indivíduos, famílias e comunidade no território em que vivem e onde necessitam exercitar a sua cidadania.

### 2.2.3 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): inserção na agenda pública, conteúdo e processo de implementação

O processo de construção das políticas é complexo e apresenta muitas interrelações, envolvendo uma série de atores sejam eles políticos, grupos de interesses, funcionários públicos, entre outros (HILL; VARONE, 2005).

Segundo Hill e Varone (2005) a política constitui-se em diversas ações que podem desencadear uma tomada de decisão ou não. Uma série de ações desenvolvidas que não apresentem como produto um processo decisório também pode ser considerado política. As políticas são dinâmicas e estão sujeitas a mudanças durante seu percurso histórico e precisam encontrar formas de manter-se.

Como instrumento de análise para compreensão no processo de tomada de decisão, do surgimento das políticas e de sua permanência ou extinção foi desenvolvido um instrumento denominado “Ciclo de Política Pública”, composto por sete etapas (SECCHI, 2015). A primeira delas compreende a identificação do problema (1), quando um indivíduo ou grupo de pessoas identifica uma determinada questão como problema de interesse público. Em seguida tem-se a formação de agendas (2), quando um conjunto de problemas se torna prioritário por um órgão público e compõe as pautas de discussão. A formulação de alternativas (3) é a terceira etapa que compreende as diferentes maneiras de resolver os problemas da agenda, seguido do momento de tomada de decisão (4), quando há a formalização de intenção de política pública. Para transformação dessa intenção em ação, ocorre a implementação (5), mediante a atuação de atores nomeados como “burocratas de rua”. A sexta etapa compreende a avaliação da política pública (6) quando os resultados são monitorados e mensurados, para posterior análise de continuidade ou não da política. A última etapa consiste na extinção (7) que é a finalização da política seja devido a resolução do problema, seja por falta de resolutividade da política, seja quando os atores políticos compreendem que o problema não faz mais parte da agenda ou por finalização do prazo pré-estabelecido para existência da mesma (SECCHI, 2015).

Sabe-se que na realidade a dinâmica das políticas públicas é complexa e na maior parte das vezes, ocorre um fluxo desordenado dessas etapas que constituem o ciclo. Apesar disso, é importante reconhecer que tal abordagem tem um papel didático e auxilia a sistematização, compreensão e análise dos processos decisórios (SOUZA, 2003).

O tema da alimentação e nutrição esteve presente em cinco períodos-chave na construção da agenda pública: de 1930 a 1963, a partir da necessidade emergente de políticas públicas frente à fome denunciada por Josué de Castro;

de 1964 a 1984 mediante iniciativas do INAN nas tentativas de inserção de técnicas de planejamento nutricional e econômico e de 1985 a 2003 relacionada às lutas pela redemocratização do país; 2003 a 2016 marcado no início pelo avanço e qualificação de políticas públicas de alimentação e nutrição e combate à fome; 2016 a 2018 com retrocessos significativos nas políticas sociais fragilizadas pelos cortes orçamentários (VASCONCELOS, 2005; CARVALHO et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2019).

No período de 1985 a 2003, a temática da alimentação e nutrição ganhou especial destaque a partir das discussões sobre a necessidade de elaboração de uma política de alimentação e nutrição, que já havia sido pautada em 1986, na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, resultado dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. O relatório final da I Conferência, trouxe também questões relacionadas à saúde e alimentação, mediante afirmação de que, para o alcance pleno do exercício da saúde, é indispensável a garantia da alimentação para todos. Para atingir tal objetivo houve a recomendação da estruturação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a, 1986b; ARRUDA; ARRUDA, 2011).

Em 1998 é criada a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), vinculada ao Ministério da Saúde com vistas a definir diretrizes dessa temática no âmbito do setor da saúde e retomar questões anteriormente trabalhadas pelo INAN. Como uma de suas estratégias iniciais, a CGPAN buscou realizar articulação entre setores da educação, saúde e agricultura, além de segmentos da sociedade civil para a formulação da PNAN, evidenciando que o direito à alimentação implica numa vasta articulação entre diversas áreas governamentais, esferas da sociedade e do setor produtivo (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2011; MALUF; REIS, 2013)

Assim, a partir de 1999 ocorre o processo participativo da construção e publicação da PNAN. A política evidencia a atuação do setor da saúde tanto para a questão de monitoramento, ações de vigilância alimentar e nutricional, vigilância sanitária e educação alimentar e nutricional (EAN), como também na prevenção, reabilitação e tratamento de agravos decorrentes de falhas na garantia de SAN (ALVES; JAIME, 2014).



Em estudo realizado por Carvalho et al (2011), cujo objetivo foi analisar o processo de formulação da PNAN no nível federal, evidenciou-se que o processo de elaboração da política se deu a partir de uma iniciativa do Ministério da Saúde, sendo a sua formulação amplamente debatida por gestores e técnicos da área de Alimentação e Nutrição e por representantes da sociedade civil, dinâmica em sintonia com a busca de aprimoramento democrático e com a participação social. Segundo as autoras e autores a política representou um avanço significativo para a área e para o país, inserindo o tema na agenda como um marco regulatório sobre produção, comercialização, estoque, rotulagem de alimentos e controle da propaganda de alimentos industrializados. Além disso, desencadeou o avanço de outras políticas públicas intersetoriais dentro do Ministério da Saúde.

Em sua primeira versão a PNAN estabeleceu sete diretrizes, sendo elas:

Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1999, p. 4)

Diante dos 10 anos de vigência da mesma e necessidade de reavaliação do cenário nutricional e epidemiológico daquele momento, que trazia novos desafios e necessidade de aprofundamentos em temáticas específicas, o processo de aprimoramento da política em 2010/2011, envolveu uma atualização das diretrizes para orientar a organização e qualificação das ações de alimentação e nutrição nas redes de atenção à saúde, de forma a estar condizente com as demandas que se apresentavam nesse período (ALVES; JAIME, 2014).

O processo de atualização, conduzido pelo Ministério da Saúde pela CGPAN, em parceria com a CIAN do Conselho Nacional de Saúde realizou 26 Seminários Estaduais e um Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Este processo participativo, contou com a participação expressiva de conselheiros de estados e municípios, entidades da sociedade civil, entidades de trabalhadores de nutrição, entidades dos trabalhadores

nutricionistas, gestores municipais e estaduais da PNAN e de saúde, conselheiros estaduais de SAN, especialistas em políticas públicas de saúde e alimentação e nutrição, palestrantes e convidados (CIAN, 2010).

Nesse momento histórico os desafios que se apresentavam eram a importância de se consolidar um espaço institucional no SUS e no SISVAN, sendo a PNAN um ponto de articulação entre ambos; o fortalecimento da interinstitucionalidade da área de alimentação e nutrição, o enfrentamento do novo quadro epidemiológico com relação às doenças crônicas, carências nutricionais e obesidade, as medidas regulatórias necessárias para alcance desse fim e o controle social. Além disso, foi pautada a necessidade de estimular a criação e implementação de políticas públicas integralizadas e de caráter interdisciplinar (CIAN, 2010).

Foram estabelecidas nove diretrizes que definem as atuais linhas de ação na área de alimentação e nutrição da PNAN, sendo elas: 1) Organização da Atenção Nutricional, 2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, 3) Vigilância Alimentar e Nutricional, 4) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição, 5) Participação e Controle Social, 6) Qualificação da Força de Trabalho, 7) Controle e Regulação dos Alimentos, 8) Pesquisa, Inovação e Conhecimento da Alimentação e Nutrição e 9) Cooperação e articulação para a SAN (BRASIL, 2013a).

Ao Ministério da Saúde, como órgão máximo de gestão e coordenação das políticas coube em relação a PNAN: elaborar planos, estratégias e metas a serem pactuadas, avaliar e monitorar o alcance dos objetivos, prestar apoio e assessoria técnica e apoio institucional aos gestores e garantir as fontes de recursos federais que subsidiem ações e programas no nível estadual e municipal (BRASIL, 2013a).

A implementação da PNAN no nível estadual, deve desenvolver as ações da União e de maneira complementar apoiar estratégias de capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde na gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição em sua área de atuação, sempre considerando as realidades locais (BRASIL, 2013a).

No âmbito municipal, as Secretarias de Saúde devem também monitorar e avaliar indicadores, além de alimentar sistemas que subsidiem decisões

relacionadas à área (BRASIL, 2013a). Tanto na gestão como na assistência à saúde é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam conhecimento e habilidades que contribuam para viabilidade da mudança e da organização dos serviços, de forma a possibilitar um aumento da resolubilidade das ações do sistema de saúde (BRASIL, 2009a).

Historicamente os estudos iniciais de análise de políticas públicas, tiveram como foco as etapas de processos decisórios e sua entrada na agenda e depois passaram a se dedicar aos processos de avaliação. A implementação entretanto tem sido alvo das vertentes mais recentes de pesquisa dentro desse campo de estudo (LOTTA, 2019).

De acordo com Lotta (2018), a implementação configura-se como:

complexo processo que envolve atores, interesses, poder, recursos, disputas e (des)conhecimentos e como um processo de interação entre os implementadores e os diversos atores envolvidos, como usuários, outros profissionais da política, políticos etc. Consideramos, portanto, que, para analisar a implementação, devemos entender como os burocratas constroem suas ações e como os diversos atores envolvidos influenciam essa construção (LOTTA, 2018, p. 146).

Para análise de implementação foram construídas duas perspectivas analíticas que se diferenciam. A primeira intitulada *Top-down*, proposta pelos autores Pressman e Wildavsky (1973), considera uma visão rigidamente administrativa e hierárquica a partir de uma compreensão sobre a identificação dos problemas da implementação, em que a solução reside em estratégias de controle da burocracia. Em suma, tal estratégia de análise busca responder por que os burocratas se desviam dos objetivos definidos pelas políticas previamente formuladas (LOTTA, 2019).

A segunda perspectiva, conhecida por *bottom-up*, amplia a concepção a partir da compreensão da influência que a implementação de políticas públicas sofre, por “interações, interesses, decisões e visões de mundo que contém, inclusive, elementos políticos, de negociação e barganha entre atores e agências” (BARRETT, 2004; LOTTA, 2019, p. 44). Assim, ao invés de responder o porquê, se propõe a compreender de que maneira os burocratas implementam a política em sua prática (LOTTA, 2019).

A burocracia ideal, a partir da compreensão de Max Weber, seria “um corpo funcional e estável de cargos públicos, preenchidos por funcionários

selecionados por seu mérito técnico especializado, organizados por estrutura profissional permanente” (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 26).

A formação de tais burocratas envolvidos no processo da implementação da PNAN foi destacado em estudo realizado por Recine e Vasconcelos (2011):

No âmbito da saúde, são inadiáveis a expansão e a qualificação das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde, para que a área da saúde ocupe e responda por suas responsabilidades no desafio de promover a SAN da população brasileira. Este esforço deve ser acompanhado por uma profunda reflexão e adequação da formação dos profissionais que atuam em nutrição em Saúde Coletiva para que estes se coloquem em uma posição de formulação e liderança (RECINE; VASCONCELLOS, 2011, p. 78).

Dentre esses profissionais que atuam em saúde coletiva com ações de alimentação e nutrição no nível municipal, encontra-se o grupo das pessoas que participaram da presente pesquisa: secretários e secretárias de saúde, coordenadores e coordenadoras da atenção básica, gestores e gestoras da área de alimentação e nutrição e as nutricionistas que atuam no serviço de saúde.

O primeiro grupo de entrevistados envolvidos mais diretamente na gestão de serviços e equipamentos públicos, podem ser considerados como “burocratas de médio escalão”. Estes estão inseridos em ambientes onde precisam responder aos políticos e à alta burocracia por seu desempenho e também as demandas sociais que recebem do controle social (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 25).

Por outro lado, as nutricionistas entrevistadas que atuam diretamente na assistência, sejam aquelas com responsabilidade compartilhada entre gestão e assistência, seja atuando somente nas unidades de saúde, são consideradas como “burocratas de rua”. De acordo com Lipski (1980), essa nomenclatura se aplica aos envolvidos e envolvidas no processo de implementação, cuja influência é importante pois suas decisões diárias, a rotina de trabalho e estratégias que usam para lidar com as incertezas e pressões no trabalho definem as políticas públicas que os mesmos realizam. O autor ainda menciona que a discricionariedade dos burocratas de rua é maior do que da alta burocracia uma vez que o controle sobre estes é mais difícil de realizar. Ainda que ocupem

uma baixa posição hierárquica, suas ações vão definir o perfil dos serviços prestados pelo poder público e o seu acesso por parte da população.

Em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul sobre as práticas realizadas pelos gestores das secretarias municipais de saúde, os autores e autoras afirmam que os desafios dos gestores do SUS são decorrentes de mudanças constantes nas legislações, interesses diversos, diferentes espaços de negociação e decisão, demandas crescentes que exigem mudanças constantes no modelo de atenção e preparo dos profissionais gestores (ARCARI et al., 2020).

Heimann et al (2011) analisou a Atenção Primária como estratégia para alcance de sistemas integrais e universais em municípios da Região Metropolitana de São Paulo e verificou que embora os documentos que servem de marcos legais para a Atenção Primária à Saúde a definam como porta de entrada, observa-se uma restrição de acesso. Segundo as autoras e autores:

A interação dos atores envolvidos na tomada de decisão conforma diferentes padrões de ação política, isto é, modos de formular, incorporar e aderir às “regras do jogo” instituídas no marco legal e na pactuação, em oposição às “regras não escritas” (HEIMANN et al., 2011, p. 2882)

As “regras não escritas” se referem àquelas que não estão em consonância com as linhas de discurso e com o que se observa na prática. Os entrevistados pelo estudo, reconhecem que tais regras podem favorecer ou prejudicar a Atenção Primária. Mencionam como favoráveis os espaços de discussão não institucionais e a criatividade de profissionais em inovar e como prejudiciais a descontinuidade político administrativa, troca de gestores recorrente, o imediatismo, o tempo político e a judicialização da saúde (HEIMANN et al., 2011) .

A compreensão sobre os desafios e potencialidades encontradas na gestão da atenção primária são importantes para compreender especificamente a gestão de alimentação e nutrição no SUS, uma vez que a PNAN dialoga com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a PNSAN e com a Política Nacional de Promoção da Saúde no estabelecimento da saúde e da SAN (BRASIL, 2013a).

A atenção básica passa a ter destaque federal a partir da criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, cujo modelo de atenção era voltado para as famílias com vistas à garantia da promoção da saúde. Sendo intitulado posteriormente como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua expansão foi resultado de esforços governamentais na reorganização da atenção à saúde e também, em grande parte consequência de mudanças no financiamento federal (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

A PNAB publicada em 2006 e atualizada em 2017, foi importante para consolidar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade para reorganização da Atenção Básica, imprescindível para apoiar a organização da atenção nutricional também (BRASIL, 2017b).

No que se refere a gestão de alimentação e nutrição são poucos os estudos que buscam compreender, a partir da percepção de gestores e gestoras atuantes em setores relacionados a essa área, os desafios, potencialidades ou estratégias percebidas por esses atores no âmbito municipal. As ênfases dos estudos vão mais na direção de avaliação da gestão do SISVAN ou nos desafios da nutrição da interface entre saúde e SAN (ROMEIRO, 2006; ROLIM et al., 2015; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

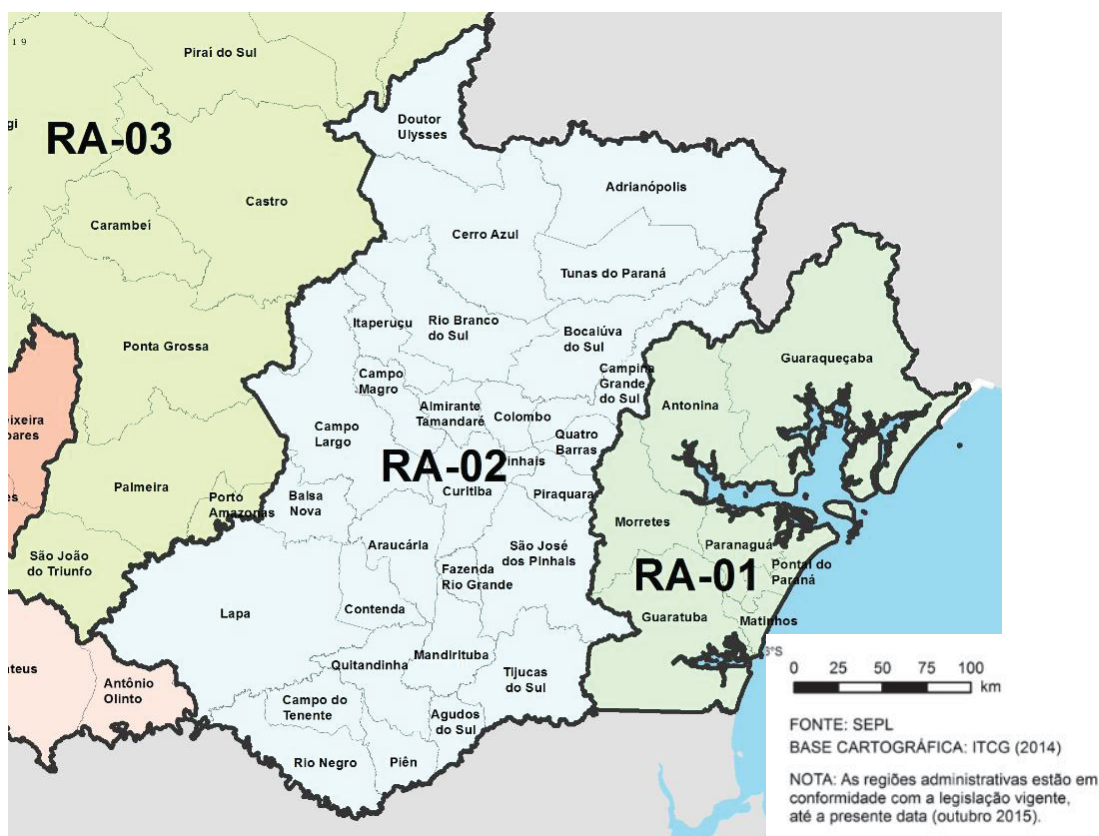
Assim, o escopo desse trabalho, alinhado a perspectiva *bottom-up*, busca a compreensão de como a área da saúde tem respondido aos desafios que se apresentam relacionados às ações de alimentação e nutrição no nível municipal e quais os desafios, potencialidades e estratégias que os burocratas e as burocratas percebem, enfrentam e desenvolvem na prática, como constroem as ações e são influenciados e influenciadas por outros atores ou processos, uma vez que compartilham do mesmo território que os usuários e tem poder decisório direto sobre a implementação da PNAN. Vale salientar que o presente trabalho não visa analisar o processo de implementação da referida política, mas sim o recorte que se refere à gestão de ações de alimentação e nutrição nesse contexto.

### 3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Minayo e Guerriero (2014) afirmam que a compreensão de profissionais e gestores de saúde sobre questões relacionadas à “lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviço” pode ser subsidiada por pesquisas antropológicas e qualitativas.

Este trabalho trata de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa descritiva e analítica, realizada a partir de informações, opiniões, percepções e crenças compartilhadas por secretários e secretárias de saúde, gestores e gestoras de atenção básica e de alimentação e nutrição, e nutricionistas de municípios pertencentes à RMC, também chamada de 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná (FIGURA 1).

FIGURA 1 – 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ



FONTE: IPEA (2018)

A RMC integra 29 municípios e compõe a macrorregional Leste do Estado do Paraná, sendo a mais populosa de suas macrorregiões, correspondendo a 30,87% da população do estado (IPARDES, 2019a).

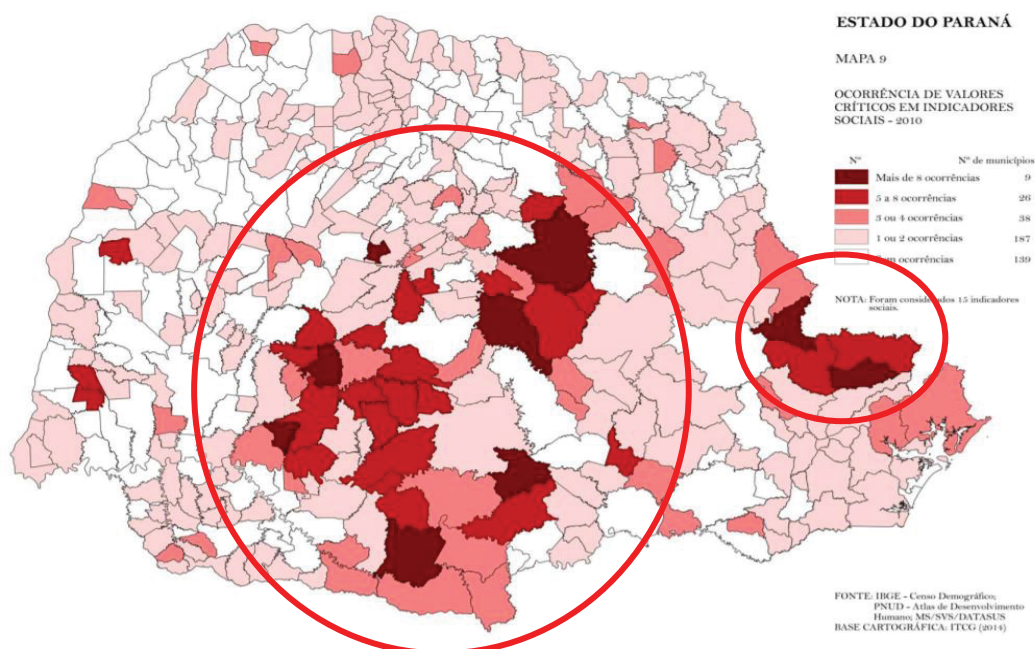
A regional ocupa a 5ª posição entre os melhores índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) das 21 regiões metropolitanas brasileiras. A dimensão da longevidade é a característica avaliada que mais contribui para esse alto IDHM, dentre os outros quesitos como renda e educação (IPEA, 2013). Apesar disso, a RMC abrange os municípios com maior e menor IDHM do Estado do Paraná, como é o caso de Curitiba e Dr. Ulysses respectivamente (IPARDES, 2010). O município de Curitiba, além de ocupar a 1ª posição do estado em relação ao IDHM, possui maior população de pobres e déficit habitacional do estado e maior número de domicílios sem esgotamento sanitário (PARANÁ, 2016).

Estes parâmetros que se mostraram antagônicos refletem uma realidade presente no Estado do Paraná, um perfil de desigualdade social e econômica significativa entre seus municípios (IPARDES, 2017), sendo esta uma questão preocupante, que se reflete nas condições de alimentação, nutrição e saúde da população.

O estudo realizado intitulado “Os vários Paraná: as espacialidades socioeconômicas-institucionais no período de 2003-2015” desenvolvido pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social (IPARDES), teve como objetivo identificar os municípios com indicadores sociais mais críticos, considerando indicadores relacionados à saúde, educação, moradia, renda, IDHM, entre outros, como expressão da pobreza e da vulnerabilidade na população paranaense. Como resultado observou-se que os municípios considerados mais críticos estão presentes na região do Vale do Ribeira, que compreende parte da 2ª Regional de Saúde, bem como na porção central do Estado (FIGURA 2). Dentre os 15 municípios com maior número de ocorrência de indicadores sociais críticos, 4 pertencem à 2ª Regional de Saúde, sendo que Dr. Ulysses ocupa a primeira posição (PARANÁ, 2016).



FIGURA 2 - MAPA DE VALORES MAIS CRÍTICOS EM INDICADORES SOCIAIS – 2010



FONTE: Adaptado de IPARDES (2016a, p.9)

### 3.1 FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA

A fase exploratória de um estudo é imprescindível para o desenho da sua metodologia. Nesse momento do estudo são realizados os contatos iniciais com o campo de investigação, neste caso os municípios da RMC, para levantamento estruturante do delineamento do escopo do trabalho e a identificação de informantes-chave (WESTPHAL; BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2011).

Assim, após o levantamento de algumas características da região, realizou-se uma fase exploratória preliminar do estudo proposto no presente trabalho.

A título de sondagem foram realizados contatos telefônicos com secretários ou secretárias de Saúde e gestores da Atenção Básica ou de alimentação e nutrição dos municípios da RMC, para a obtenção de informações a respeito da existência da área da alimentação e nutrição nos sistemas locais de saúde da região ou em outros sistemas de políticas públicas. Foram feitas indagações em relação à presença de profissional coordenador ou coordenadora

de ações de alimentação e nutrição e de nutricionistas na área da saúde, sobre a existência do SISVAN e a presença do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA) ativo.

Para definição das perguntas considerou-se os seguintes aspectos: a existência do SISVAN como sistema de retroalimentação das políticas como a PNAN e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); a presença do CONSEA como indicador importante de existência de um sistema municipal de SAN; a presença de coordenação de alimentação e nutrição e de nutricionistas no município por serem profissionais estratégicos na gestão da PNAN.

Assim, as perguntas tiveram como objetivo o levantamento de informações relativas à institucionalidade da área de alimentação e nutrição no âmbito da saúde e da SAN nos municípios da RMC com a finalidade de conhecer e definir o campo para realização da pesquisa, sendo contatados ao todo representantes de cada um de seus 29 municípios.

### 3.2 UNIVERSO AMOSTRAL

O agrupamento de municípios de acordo com o porte populacional é considerado por Calvo et al (2016) como fator importante na identificação de grupos homogêneos para gestão em saúde, uma vez que contribui para um modelo de organização do sistema de saúde. Para além disso, é importante considerar que as especificidades territoriais, culturais, econômicas e sociais são fatores igualmente relevantes para o delineamento da gestão em saúde. Por esse motivo, para o presente trabalho além de se considerar o porte dos municípios, também ocorreu uma divisão entre municípios de maior e menor IDHM, conforme detalhamento abaixo.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) brasileiro, compreende as mesmas três dimensões do que o IDH global, sendo elas saúde, educação e longevidade, adequando a metodologia ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais (IBGE, 2013).

Inicialmente os municípios que compõe a RMC foram categorizados de acordo com a população estimada pelo IBGE no ano de 2018, em municípios com mais de 100.000 habitantes (grande porte), com 25 a 100.000 habitantes

(médio porte) e com menos de 25.000 habitantes (pequeno porte), segundo critérios utilizados por Calvo et al (2016). Em seguida, a amostra foi constituída pelos municípios com maior e menor IDHM dentro de cada categoria de porte populacional. Pelo fato dos municípios de pequeno porte representarem 44,8% do número de cidades nesse território (total de 13 municípios), incluiu-se na amostra de municípios de pequeno porte, um município de IDHM médio, para garantir melhor representatividade do perfil de municípios presentes na RMC.

Foram realizadas entrevistas no município de Piraquara, inicialmente como projeto piloto, por ser um município contíguo à Curitiba, com presença de nutricionistas na Atenção Básica e com disponibilidade para sediar o projeto piloto, mediante sugestão dada pelos profissionais durante a fase exploratória. Piraquara foi posteriormente incluído na amostra, devido à sua adequação ao roteiro de entrevistas utilizado.

Dessa forma, a amostra foi constituída dos municípios de grande porte (Curitiba, Piraquara e Almirante Tamandaré), de médio porte (Rio Negro e Itaperuçu) e de pequeno porte (Doutor Ulysses, Quatro Barras e Adrianópolis). Esse procedimento de seleção buscou garantir uma representatividade da diversidade de realidades e de perfis municipais existentes na região.

### 3.3 ENTREVISTAS

Como instrumento que estabelece uma relação humana de observação direta, a entrevista semiestruturada parte de questões pré-definidas com base nos pressupostos teóricos, que permitem aos sujeitos transitarem pelas questões a partir de suas experiências, contribuindo para o conteúdo da pesquisa (WESTPHAL; BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2011).

As entrevistas individuais foram realizadas com um representante ou uma representante da gestão da Secretaria de Saúde (Secretária/secretário de saúde ou gestora/gestor da Atenção Básica), com profissional responsável por ações e programas de alimentação e nutrição no município (gestor ou gestora de ações de alimentação e nutrição ou outro gestor ou outra gestora de área técnica) e uma nutricionista ou um nutricionista atuante na assistência da Secretaria de Saúde. As datas e locais das entrevistas foram previamente agendadas via contato telefônico e confirmação via e-mail.

A escolha da profissional nutricionista deu-se pela indicação do grupo de nutricionistas, nos casos em que havia mais de uma profissional, como a pessoa que possuía maior tempo de atuação em termos de trajetória na assistência à saúde, contribuindo, devido sua experiência, para com o propósito da presente pesquisa.

Nos casos em que não houve profissionais indicados pelo município nos cargos acima mencionados, as entrevistas ficaram limitadas ao número mínimo de dois profissionais.

O desenvolvimento e a elaboração das questões do roteiro das entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir de referenciais teóricos e bibliografia pertinente, mas principalmente procurando responder aos objetivos do trabalho. Assim, dividiu-se o roteiro em duas partes: primeira contendo perguntas para caracterização do perfil dos entrevistados e das entrevistadas e a segunda com questões semiestruturadas a serem respondidas pelos informantes chave a partir de suas percepções sobre sua atuação e sobre o serviço de saúde relacionadas à temática do estudo. As questões semiestruturadas tiveram como enfoque: a organização da atenção nutricional no SUS; desafios e potencialidades percebidos na prática profissional na área da saúde para o desenvolvimento da PNAN no nível municipal; estratégias vislumbradas pelos entrevistados para auxiliar na implementação dessa política, percepção sobre o papel do governo estadual e do governo federal no apoio da implementação da PNAN; a existência de um conhecimento prévio a respeito da política em questão (APÊNDICE 1).

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

No total foram realizadas 21 entrevistas no período entre maio a agosto de 2019. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, seguidas de revisão do conteúdo. O tempo médio das entrevistas realizadas com o grupo de gestores foi de 37m27s, para o grupo de responsáveis pela área de alimentação e nutrição foi de 32m26s e para o grupo de nutricionistas foi de 30m30s, assim totalizaram 12h17min de gravação. Para a transcrição desse material e a sua revisão foram utilizadas 97h36min.

As falas transcritas foram devidamente codificadas e identificadas com o termo “Entrevistado” ou “Entrevistada” seguida de numeração de um a vinte e um. Foram obtidos um total de 215 páginas de diálogo, além de páginas com anotações sobre impressões e registros de falas não verbais.

O corpus da pesquisa, composto pela transcrição das entrevistas foi construído buscando-se atender aos critérios de validade para a qualificação da abordagem qualitativa tais como: exaustividade (contempla a totalidade do que foi comunicado), representatividade (contém as características essenciais que representam o universo), homogeneidade (deve ser condizente com os critérios de escolha dos temas, das técnicas e das características dos interlocutores) e pertinência (entrevistas adaptam-se ao conteúdo e objetivos propostos) (MINAYO, 2013).

Para complementar e embasar a análise das entrevistas, foi realizado levantamento de dados secundários sobre o perfil socioeconômico e demográfico de cada município participante da pesquisa em bases do IBGE e IPARDES. Para definição da Organização da Atenção Básica, inicialmente foram realizados levantamentos sobre a caracterização da mesma nas seguintes plataformas: e-Gestor AB, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB). Complementarmente, para caracterização da Organização da Atenção Nutricional, foram tabeladas as ações, serviços e programas de alimentação e nutrição mencionados no grupo de entrevistas de cada um dos municípios. Caso não houvesse nenhuma menção à determinada atividade anteriormente elencada, utilizou-se a representação de um asterisco (\*) (Tabela 9). Considera-se que a falta da citação não reflete necessariamente a ausência da ação no município, mas sim que a mesma não foi trazida como relevante para aquele contexto de fala.

Para análise das percepções dos entrevistados e entrevistadas foi utilizado como referencial teórico e metodológico de análise e interpretação dos dados, a Análise Temática, uma das modalidades da Análise de Conteúdo, um conjunto de instrumentos metodológicos que se aperfeiçoa e se aplica a discursos diversos (BARDIN, 1977; MINAYO, 2013).

Para além de compreender um conjunto de técnicas de análise das falas, que possibilitam a sistematização e descrição dos conteúdos das mensagens, a

Análise de Conteúdo tem como objetivo a inferência de conhecimentos relacionados à condição de produção ou recepção da mensagem. A inferência diz respeito a uma operação que admite uma proposição em decorrência de sua ligação com seu respectivo aporte teórico. A partir do tratamento das mensagens, o pesquisador que analisa pode inferir, de maneira lógica, conhecimentos a respeito do emissor e até mesmo sobre o meio em que está inserido (BARDIN, 1977).

De acordo com Minayo (2013), a Análise Temática refere-se à descoberta dos *núcleos de sentido* que surgem em uma comunicação, na qual a frequência ou presença de menções representem algo para o objeto analítico estudado. Segundo a autora, “uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”.

A partir dessa compreensão busca-se operacionalizar a análise a partir de três etapas propostas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2013).

#### 3.4.1 Pré – Análise

Primeiramente foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas transcritas a fim de imergir no conteúdo com base nas teorias relacionadas ao tema e aos objetivos inicialmente propostos, seguido da constituição do corpus da pesquisa. Foi reavaliada a necessidade ou não de abertura para novas indagações a partir do conteúdo das falas, mediante releitura exaustiva do material com base nas indagações iniciais (MINAYO, 2013).

A partir dessa nova compreensão, a análise foi realizada em dois grupos distintos: um contendo os municípios de IDHM muito alto e alto e outro contendo municípios de IDHM médio e baixo, sendo ambos constituídos por quatro municípios cada. Optou-se pela constituição de tal agrupamento a partir da percepção de que municípios com IDHM próximos, apresentavam similaridades quanto ao modelo de organização de saúde. Além disso, pelo fato desse índice contemplar indicadores como renda, educação e longevidade, considerados importantes nos processos de determinação da saúde, tem-se a possibilidade

de compreender aspectos relacionados ao contexto social e econômico relativo aos municípios participantes do estudo.

Para cada um dos grupos de análise foram determinadas as unidades de registro (frases), unidade de contexto (elementos chave) provenientes das entrevistas e as unidades de significação (temas) que constituem as categorias nas quais as falas são agrupadas.

A partir da leitura flutuante e alinhados com os objetivos propostos pelo estudo, foram definidos três temas principais a serem trabalhados:

QUADRO 1 - CATEGORIAS DE ANÁLISE/TEMAS ESTABELECIDOS DE ACORDO COM OBJETIVOS DO ESTUDO

CATEGORIAS DE ANÁLISE/TEMAS
1. Desafios da gestão da PNAN 2. Potencialidades da gestão da PNAN 3. Estratégias para a gestão de alimentação e nutrição

FONTE: A autora (2019)

### 3.4.2 Exploração do material

A etapa de exploração do material consiste em classificar as falas com objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2013). Buscou-se elencar cuidadosamente as categorias que emergem do conteúdo das falas, pois compreende-se que é uma fase imprescindível para a garantia de uma abordagem densa e rica da temática, conforme exemplos dispostos abaixo:

QUADRO 2 – EXEMPLO DE ANÁLISE DOS DADOS NA PRÉ-ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS DA PESQUISA DE MUNICÍPIOS DE MENOR IDHM

MUNICÍPIOS DE MENOR IDHM		
Unidades de registro (recorte das falas)	Unidades de Contexto (elementos chave)	Unidades de significação (temas)
<u>“Então, aqui além da questão financeira a gente tem questão de folha de pagamento né? Que nem não pode ter específico... se for... se fosse pra escolher hoje, um profissional pra saúde eu ia optar por um fono, por exemplo, né, que a demanda é bem maior pra fono do que pra nutrição. - S</u>	<u>Questão financeira evidenciada como dificuldade</u>  <u>Déficit de outros profissionais com maiores demandas</u>	<b>DESAFIOS PARA A GESTÃO DA PNAN</b>

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 3 – EXEMPLO DE ANÁLISE DOS DADOS NA PRÉ-ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS DA PESQUISA DE MUNICÍPIOS DE MAIOR IDHM

MUNICÍPIOS DE MAIOR IDHM		
Unidades de registro (recorte das falas)	Unidades de Contexto (elementos chave)	Unidades de significação (temas)
<p>“Talvez o entendimento, exatamente isso que eu falei agora né, o entendimento de que a gente tem que <u>é... mudar a página em relação a construção do sistema. Investimento em prevenção e promoção e tirar o enfoque do profissional médico como centro do sistema [...]</u> A gente está muito vinculado ao profissional médico é... mas. nós precisamos que os outros profissionais ganhem espaço nessa discussão, ganhem potência nessa discussão. vocalização.” (Entrevistado 1).</p>	<p><u>Sugestão de nova perspectiva em relação ao sistema de saúde</u></p> <p><u>Necessidade de desvincular atenção a saúde do profissional médico.</u></p>	<p><b>DESAFIOS PARA A GESTÃO DA PNAN</b></p>

FONTE: A autora (2019)

### 3.4.3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Sabe-se que a análise temática prioriza a significação da regularidade com base em inferências estatísticas a partir de porcentagens ou de análise fatorial, revelando uma raiz mais positivista da análise de conteúdo tradicional. Entretanto existem variantes desse tipo de abordagem com enfoque nos significados e na relevância das temáticas elencadas (MINAYO, 2013). Assim, neste estudo optou-se por uma dessas variantes, não limitando-se a quantidade de falas e sim ao sentido do conteúdo das mesmas a partir da compreensão de como tais variáveis refletem no processo de gestão da PNAN.

O objetivo das interpretações é buscar a essência do que se apresenta a partir das enunciações, sendo que “a relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação” (CÂMARA, 2013, p. 189).

Diante disto, foram propostas inferências a partir das análises, relacionadas com os marcos teóricos propostos inicialmente possibilitando uma visão mais abrangente e suscitando novas reflexões e interpretações, em busca de novos referenciais teóricos que problematizem e orientem as discussões a partir do material empírico obtido.



### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR, sob o parecer CEP/SD-PB nº 3275032, na data de 22 de abril de 2019 (ANEXO 1)

Todo os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) após leitura e esclarecimentos sobre objetivos do estudo e garantia de preservação da identidade, mantida a confidencialidade.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 A GESTÃO DA PNAN NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA PARTICIPANTES DO ESTUDO: CONTEXTO, PERFIL MUNICIPAL E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL

#### 4.1.1 Caracterização da RMC e sua inserção no Estado do Paraná

O Estado do Paraná, localizado no Sul do País, é composto por 399 municípios brasileiros com população estimada em 2019 de 11.433.957 pessoas, respondendo por 5% da população nacional. No estado, 14,7% da população reside em área rural e 85,3% em área urbana (IBGE, 2010b).

Nas últimas décadas, observou-se uma dinâmica de crescimento demográfico instável no Paraná, em função do aumento dos movimentos migratórios. Esse processo se deve em sua maior proporção à diminuição da população residente em áreas rurais e sua mobilidade em direção aos municípios polo e dentre eles, à capital e região metropolitana. Como resultado evidenciou-se um processo de urbanização acelerado de todo o país e aumento populacional em regiões com maior dinamismo econômico (MAGALHÃES; CINTRA, 2012; IPARDES, 2017).

Em relação à economia, o estado apresenta um perfil agroindustrial marcante, com destaque para produção de soja, milho e trigo, ocupando o segundo lugar em produção de grãos, dentre os principais estados produtores em 2017. Atende ao mercado internacional com parte relevante de sua produção com destaque para produtos do complexo da soja, as carnes e os automóveis. Situa-se entre os 10 principais estados exportadores do país. Apresenta IDHM de 0,749, classificado como alto e rendimento mensal domiciliar per capita de R\$1.607 (IBGE, 2018; IPARDES, 2019b).

Em 2016, o estado do Paraná esteve entre as cinco maiores economias brasileiras, de acordo com o Produto Interno Bruto (PIB) que neste mesmo ano apresentou valor de R\$ 401.662 milhões, correspondendo a 6,4% do PIB nacional (IBGE, 2010b).

Apesar do registro de uma elevada produtividade e valores gerados, o estado caracteriza-se por uma distribuição desigual da riqueza produzida, o que se reflete em diferenças intra e inter-regionais importantes, que se manifestam mediante uma desigualdade social significativa. Segundo levantamento de dados das regiões socialmente críticas realizado pelo IPARDES, que agregam municípios da porção central e centro-sul do Estado e no Vale do Ribeira:

A análise dos parâmetros absolutos de indicadores sociais, que dimensionam a grandeza do problema social, evidenciou que os maiores volumes (de indicadores sociais críticos) estão nos municípios com maior densidade populacional, também os mais dinâmicos em termos econômicos. Os números absolutos denunciam a existência de uma precariedade nas periferias das grandes e médias cidades paranaenses [...] (IPARDES, 2017, p. 218).

Tais municípios podem ser encontrados no centro expandido do Paraná e na RMC. As desigualdades se manifestam também na produção de um perfil de saúde da população diferenciado, resultante das condições gerais de vida da população e da qualidade dos serviços públicos oferecidos.

O relatório do IPARDES (2017) aponta para a necessidade de estabelecimento de políticas públicas sociais no Estado do Paraná, pensadas de acordo com as prioridades regionais ou conjunto de municípios, uma vez que todo o estado apresenta municípios em situação de carência social em alguma medida.

Desde 2014, o IBGE divide o estado do Paraná em oito Regiões Metropolitanas, sendo elas de Apucarana, Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Londrina, Maringá, Toledo e Umuarama. Tal divisão considera o agrupamento de municípios com funções públicas de interesse em comum tais como mobilidade urbana, uso do solo e questões ambientais (IBGE, 2010b; FASOLO; PEREIRA; PIVATTO, 2015).

A RMC, cujo pólo é na capital do Estado, detém cerca de 44% do PIB e 34% da população estadual, além de apresentar uma renda média domiciliar per capita de R\$ 870,59. Composta por 29 municípios, possui grau de urbanização de 91,7% (IBGE, 2018; IPARDES, 2019c).

Ao norte da RMC situa-se o Vale do Ribeira, uma região caracterizada pelo “isolamento, baixo desempenho econômico, elevada precariedade social e

dependência do poder público, mesmo localizando-se tão próximo da espacialidade econômica mais dinâmica do Estado” (IPARDES, 2017, p. 184).

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) organiza-se em 22 Regionais de Saúde, cujas sedes administrativas encontram-se em cidades polo da região e cujo corpo técnico atua com equipes municipais para apoiar, articular e desenvolver a política da SESA. A RMC compreende a macrorregional leste e é intitulada também como 2ª Regional de Saúde (PARANÁ, 2016). As Regionais de Saúde no Brasil, representam uma “instância administrativa intermediária” da SESA. Estas têm como responsabilidade apoiar os municípios em todas as demandas em busca da melhoria de qualidade do serviço, bem como estimular o desenvolvimento de ações relacionadas às demandas regionais (IPARDES,2014).

Dentre as cinco principais causas de mortalidade da RMC, de acordo com causas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), encontram-se, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasmas (tumores), causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (SIM, 2019). Conforme podem ser analisadas as causas de mortalidade na região, percebe-se a relação que apresentam com situações de desigualdade social, que de certa forma representam as condições gerais de vida dos municípios que a compõem. É possível assim vislumbrar a relação desse quadro de enfermidades com esse contexto supramencionado demonstrando o processo de determinação social da saúde.

Neste contexto de saúde da RMC, os dados obtidos mediante a fase exploratória auxiliam na caracterização de elementos que indicam a existência de questões significativas para a implementação da área de alimentação e nutrição nos sistemas locais, conforme apresentado na Figura 3 abaixo:

FIGURA 3 – DADOS DA FASE EXPLORATÓRIA MARCADORES DE INSTITUCIONALIDADE DO SUS, SISAN E PNAN EM OUTUBRO/NOVEMBRO 2018



FONTE: Adaptado de IPEA (2018)

LEGENDA: SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); COMSEA: Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional

Verificou-se que 19 municípios da RMC apresentam profissional nutricionista inserida na Secretaria de Saúde e pouco mais da metade dos municípios (16 municípios) contam com profissional que responde pelos programas de alimentação e nutrição, conforme citado por informante-chave. Somente doze municípios apresentavam o COMSEA e destes, oito possuem concomitantemente nutricionista e profissional que desenvolve atividades de coordenação de alimentação e nutrição, um município conta com somente

nutricionista e três não possuem nem nutricionista e nem coordenação (FIGURA 3).

Todos os informantes-chave da fase exploratória, tinham conhecimento sobre o SISVAN e afirmaram que o município alimenta o sistema com dados de monitoramento do estado nutricional de sua população.

#### 4.1.2 Contexto territorial, demográfico, socioeconômico e de saúde dos municípios integrantes da pesquisa

Em seguida serão apresentados os dados territoriais, socioeconômicos, demográficos e de saúde dos municípios participantes do estudo, a fim de caracterizá-los para melhor compreensão de seu contexto.

TABELA 1 – DADOS TERRITORIAIS E DEMOGRÁFICOS DE OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA

MUNICÍPIOS	ÁREA TERR. 2018 (km <sup>2</sup> ) IBGE (2018)	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE 2018)	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE 2019)	GRAU DE URBANIZAÇÃO % 2010 (IBGE, 2010)	PORTE
Almirante Tamandaré	194,744	117.168	118.623	95,82	Grande
Piraquara	227,042	111.052	113.036	49,07	Grande
Curitiba	435,036	1.917.185	1.933.105	100,00	Grande
Itaperuçu	320,578	28.187	28.634	83,54	Médio
Rio Negro	604,138	33.922	34.170	82,21	Médio
Doutor Ulysses	777,482	5.609	5.580	16,22	Pequeno
Adrianópolis	1.349,31	5.983	5.919	32,31	Pequeno
Quatro Barras	180,471	23.199	23.559	90,38	Pequeno

FONTE: IBGE (2010), IPARDES (2019)

Observa-se uma distinção importante em relação à área territorial e a população estimada em 2019 dos municípios que compõe a amostra. Adrianópolis abrange território aproximadamente sete vezes maior (1.349,3 Km<sup>2</sup>) quando comparado à Quatro Barras (180,4Km<sup>2</sup>). Em relação à população, Curitiba (1.933.105 habitantes) possui 346 vezes o número de população de Doutor Ulysses (5.580 habitantes). Vale ressaltar que dois dos municípios que compõem a amostra, têm população estimada em 2019 inferior ao ano 2018, o que indica uma redução populacional relevante (IBGE, 2019b).

Dentre os graus de urbanização o universo amostral do estudo abrange municípios com 16,22% de grau de urbanização à 100% de urbanização, recorte que considera a presença do rural e de áreas de preservação ambiental, característica importante para compreensão de sua situação demográfica, socioespacial e econômica (IBGE, 2019b).

TABELA 2 – DADOS SOCIOECONÔMICOS DOS OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA

MUNICÍPIOS	IDHM			GINI		G100 Ranking**
	IDHM (IBGE - 2010)	Ranking no Estado	CLASSIFICAÇÃO	Índice Gini	CLASSIFICAÇÃO 0 - igualdade 1 - desigualdade	
Almirante Tamandaré	0,699	239	médio	0,4402	122	23
Piraquara	0,700	232	alto	0,4307	92	82
Curitiba	0,823	1	muito alto	0,5652	375	NA
Itaperuçu	0,637	374	médio	0,4062	50	NA
Rio Negro	0,760	19	alto	0,4826	227	NA
Doutor Ulysses	0,546	399	baixo	0,5019	279	NA
Adrianópolis	0,667	331	médio	0,5393	342	NA
Quatro Barras	0,742	52	alto	0,4915	254	NA

FONTE: IBGE 2010

NOTA: \*\* grupo de cidades brasileiras com mais de 80 mil habitantes de baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica.

Dentre os 8 municípios participantes encontram-se os municípios com maior IDHM (Curitiba) e menor IDHM (Doutor Ulysses) do Estado do Paraná, sendo que o primeiro ocupa o 24º lugar dentre os índices de maior desigualdade do Estado, de acordo com o índice de Gini (IBGE, 2010b). Tais resultados revelam que a RMC, ainda que presente em um recorte geográfico definido, demonstra realidades muito distintas dentro de sua área de abrangência. Vale ressaltar que, em 2010, a RMC ocupava a 8ª posição dentre as regiões metropolitanas mais populosas do Brasil, sendo a segunda maior em extensão, com 16.581,21Km<sup>2</sup> (COMEC, 2010; IPARDES, 2019a).

O Estado do Paraná possui 5 municípios que fazem parte do grupo g100, sendo elas Guarapuava, Sarandi e três municípios que compõe a RMC, Colombo, Piraquara e Almirante Tamandaré. G100 é uma publicação da Frente Nacional dos Prefeitos que apresenta um recorte de um grupo de 100 cidades brasileiras com mais de 80 mil habitantes com baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica. Tal situação reflete a realidade de grande parte dos municípios do país que enfrentam, a despeito de sua realidade social, um tratamento

isonômico, que desconsidera suas inúmeras realidades e perpetua as iniquidades sociais do país (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2018).

TABELA 3 – DADOS ECONÔMICOS DE OITO MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA

MUNICÍPIOS	PIB (2016)		RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA (R\$)
	Per capita	Preços correntes	
<b>Almirante Tamandaré</b>	12.234	1.396.289	629,58
<b>Piraquara</b>	10.679	1.133.372	556,48
<b>Curitiba</b>	44.239	83.788.904	1.536,39
<b>Itaperuçu</b>	16.677	452.457	458,09
<b>Rio Negro</b>	30.104	1.012.327	701,42
<b>Doutor Ulysses</b>	11.518	66.738	274,05
<b>Adrianópolis</b>	37.991	239.080	430,79
<b>Quatro Barras</b>	55.692	1.244.890	782,03

Fonte: IBGE (2010)

A renda domiciliar média registrada nos oito municípios varia entre R\$274,05 e R\$ 1.536,39 (IBGE, 2010a).

Em estudo intitulado “Vários Paranás”, realizado pelo IPARDES, evidencia-se que o estado apresenta uma heterogeneidade importante que necessita ser transformada mediante a implementação de políticas públicas:

evidenciam a importância de insistir na correção das assimetrias existentes entre as diferentes porções territoriais do Estado, e na implementação de políticas que partam do conhecimento da heterogeneidade, desigualdade e concentração econômica existente e tenham como pressuposto a correção dos entraves ao desenvolvimento regional e estadual (IPARDES, 2017, p. 225).

De certa forma, a organização social, econômica e política de municípios e estados, reflete diretamente na saúde de sua população, sendo que em relação à questão da alimentação e nutrição, a vigilância alimentar e nutricional faz-se necessária para auxiliar na compreensão da realidade diferenciada em que vive a população.



TABELA 4 – DADOS DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICOS DE 8 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA/PR PARTICIPANTES DA PESQUISA

MUNICÍPIOS	MORTALIDADE INFANTIL (2017)	SISVAN - 2017 < 5 ANOS					POPULAÇÃO ESTIMADA < 5 ANOS (2015) *	% de acompanhamento
		Peso Muito baixo para idade	%	Peso elevado para idade	%	TOTAL		
Almirante Tamandaré	10,08	41	1,58	150	5,78	2593	9.865	26,28
Piraquara	12,13	50	1,36	271	7,37	3678	8.097	45,42
Curitiba	8,31	277	1,37	1.095	5,43	20173	115.222	17,51
Itaperuçu	7,59	11	1,1	82	8,21	999	1.996	50,05
Rio Negro	9,85	7	0,52	78	5,85	1334	2.493	53,51
Doutor Ulysses	14,29	2	0,64	27	8,68	311	302	102,98
Adrianópolis	10,20	5	1,33	38	10,11	376	404	93,07
Quatro Barras	17,96	3	0,27	62	5,68	1091	1.694	64,4

FONTE: IBGE (2010); SISVAN (2017)

NOTA: \* Estimativa preliminar em processo de homologação elaborada pelo Ministério da Saúde/SVS/ CGIAE - 2015

Espera-se, que em uma população saudável encontre-se 0,1% das crianças com diagnóstico de peso muito baixo para a idade (< Escore-z -3). Entretanto o que se observa nos municípios participantes da pesquisa é que, em crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo SISVAN em 2017, todos os municípios apresentaram valores acima desse no índice antropométrico peso para a idade, sendo encontrados o menor valor de 0,27% e maior valor de 1,58% totalizando 396 crianças nessa situação.

Vale salientar que somente 21% das crianças menores de 5 anos, estimadas pelo Ministério da Saúde/SVS em 2015, foram acompanhadas nos municípios pelo SISVAN e, portanto, não é possível fazer uma extrapolação direta para a população em geral. Entretanto, a presença desses percentuais muitas vezes acima do que seria considerado normal, reflete uma realidade digna de atenção e cuidado, ainda mais em se tratando de um grupo específico em termos de vulnerabilidade biológica como o infantil.

Em relação às crianças desta mesma faixa etária classificadas com peso elevado para idade, foi encontrado um total de 1.803 crianças no ano de 2017, com porcentagens muito maiores do que esperado para uma população saudável (2,3%), variando entre 5,43% a 10,11%. Tal resultado reforça o que tem se observado no nível nacional em relação à dupla carga de problemas nutricionais coexistindo em uma mesma população e, portanto, a necessidade

da gestão de políticas públicas e ações do setor saúde e intersetoriais para o enfrentamento dessa situação.

#### 4.1.3 Perfil dos entrevistados e entrevistadas

Para caracterização dos participantes do estudo foram definidos três grupos de entrevistados: 1) um com representantes da gestão da Secretaria de Saúde (TABELA 5), 2) outro com os profissionais responsáveis pela maioria de ações e programas de alimentação e nutrição no município (TABELA 6) e 3) e um terceiro grupo com as nutricionistas que atuavam em Unidade de Saúde da secretaria de saúde (TABELA 7).

TABELA 5 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO GESTOR DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DOS OITO MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

<b>GESTOR OU GESTORA DE SAÚDE (n=8)</b>	
<b>IDADE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Idade média (min-máx)	44,9 (33-63)
Mediana	43,5
<b>SEXO</b>	<b>(n)</b>
Masculino	4
Feminino	4
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>(n)</b>
Nível médio	1
Superior incompleto	2
Superior completo	5
<b>PÓS GRADUAÇÃO (Especialização/Mestrado)</b>	<b>(n)</b>
Sim	3
Não	5
<b>CARGO</b>	<b>(n)</b>
Secretário(a) de Saúde	5
Coordenador da Atenção Básica	3
<b>VÍNCULO COM PREFEITURA</b>	<b>(n)</b>
Estatutário	4
Comissionado	4
<b>TEMPO NA SECRETARIA DE SAÚDE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	11,25 (1-26)
Mediana	9,5
<b>TEMPO NO CARGO (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	4,07 (0,41 - 9)
Mediana	5

FONTE: A autora (2019)

Os gestores e gestoras das Secretaria Municipal de Saúde, apresentaram idade média de 44 anos, para ambos os sexos, sendo que a maioria apresentou ensino superior completo. Destaca-se o fato de metade dos entrevistados e entrevistadas serem concursados e a outra metade corresponderem ao cargo comissionado. O tempo médio de atuação na Secretaria de Saúde foi de 11 anos e no cargo, uma média de 4 anos (TABELA 5).

Arcari et al (2020) em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul que avaliou o perfil de gestores e gestoras do SUS, apontaram tendência crescente de presença feminina na gestão do SUS, sendo a média de idade encontrada (43,7 anos) similar àquela identificada nessa pesquisa e uma maior porcentagem em cargos de comissão (55,7%). Além disso, também encontrou um percentual alto de nível de escolaridade superior completo neste grupo (64%).

TABELA 6 – PERFIL DOS ENTREVISTADOS E DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO RESPONSÁVEL PELA MAIORIA DOS PROGRAMAS E AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS 8 MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

<b>RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO (n=8)</b>	
<b>IDADE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Idade média (min-máx)	39,9 (31-62)
Mediana	35
<b>SEXO</b>	<b>(n)</b>
Masculino	1
Feminino	7
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>(n)</b>
Nível médio	1
Superior incompleto	0
Superior completo	7
<b>PÓS GRADUAÇÃO (Especialização/Mestrado)</b>	<b>(n)</b>
Sim	6
Não	2
<b>PROFISSÃO</b>	<b>(n)</b>
Enfermeiro(a)	4
Nutricionista	3
Auxiliar administrativo	1
<b>VÍNCULO COM PREFEITURA</b>	<b>(n)</b>
Estatutário	7
Terceirizada	1
<b>TEMPO NA SECRETARIA DE SAÚDE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	11,1 (4-29)
Mediana	8,5
<b>TEMPO NO CARGO (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	8,9 (1-29)
Mediana	6

FONTE: A autora (2019)

Os entrevistados e entrevistadas na categoria de responsável pelas ações de alimentação e nutricional no município, apresentaram idade média de 39 anos, com predominância feminina. O grau máximo de escolaridade desse grupo concentra-se no nível superior (n=7), destacando-se a presença de profissionais enfermeiras (n=4), nutricionistas (n=3) e técnico administrativo (n=1). Neste grupo predominaram os servidores e servidoras públicas, somente uma terceirizada. Neste grupo a média de tempo atuando na Secretaria de Saúde foi a mesma que do grupo anterior (onze anos) e o tempo médio no cargo de 8,9 anos. Todos esses e essas profissionais apresentavam outros cargos na

Secretaria de Saúde, que abrangiam outras áreas além da alimentação e nutrição (TABELA 6).

TABELA 7 – PERFIL DAS ENTREVISTADAS NO GRUPO NUTRICIONISTAS DOS 8 MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

<b>NUTRICIONISTA (n=5)</b>	
<b>IDADE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Idade média (min-máx)	32,8 (26-42)
Mediana	31,9
<b>SEXO</b>	<b>(n)</b>
Masculino	0
Feminino	5
<b>PÓS GRADUAÇÃO (Especialização/Mestrado)</b>	<b>(n)</b>
Sim	3
Não	2
<b>ÁREA DA PÓS- GRADUAÇÃO</b>	
Nutrição em clínica funcional, Saúde Coletiva, Comportamento Alimentar e Planejamento e Gestão em Negócio	
<b>VÍNCULO COM PREFEITURA</b>	<b>(n)</b>
Estatutário	4
Terceirizada	1
<b>TEMPO NA SECRETARIA DE SAÚDE (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	5,2 (1-13)
Mediana	4
<b>TEMPO NO CARGO (anos)</b>	<b>(n)</b>
Tempo médio	4,25 (1-10)
Mediana	3

FONTE: A autora (2019)

O grupo das nutricionistas foi composto por somente cinco profissionais, uma vez que somente cinco municípios participantes da pesquisa possuíam esse profissional vinculado à Atenção Primária de Saúde. Neste grupo a idade média foi de 32 anos, com predominância do sexo feminino, sendo que duas apresentavam pós-graduação em alguma área da nutrição (clínica funcional, saúde coletiva, comportamento alimentar) e uma em outra área (planejamento e gestão de negócios). Dentre as entrevistadas, quatro tinham vínculo estatutário e uma era terceirizada. O tempo médio de permanência na Secretaria de Saúde foi de 5,2 anos e nenhuma delas havia tido experiência anterior com serviços de saúde.

Observa-se que quanto mais a atuação do profissional se aproxima da especificidade da temática de alimentação e nutrição, a idade média dos entrevistados e entrevistadas é menor, há uma predominância feminina, a escolaridade é superior e o tempo de atuação tanto na secretaria quanto no atual cargo é inferior. Algumas questões podem ser consideradas para compreender melhor esse quadro, dentre elas a inserção de profissionais de saúde de outras áreas na assistência, tal como a enfermagem, cuja instituição da profissão data de épocas anteriores quando comparadas à Nutrição.

#### 4.1.3 Organização da atenção nutricional

Dentre as diretrizes da PNAN, a organização da atenção nutricional ocupa a centralidade, tendo em vista que é crucial para propiciar o espaço e as condições para a efetivação das outras diretrizes. Assim a maneira como se organizam as estratégias, ações e programas desenvolvidas em um município, pode contribuir ou não para uma melhor efetividade, ordenação e humanização desse tipo de cuidado.

Considerando a descentralização da gestão como um modo de organização do sistema de saúde que considera o contexto em que ele está inserido e o território, não há um modelo brasileiro definido de como a organização da atenção nutricional deve ser viabilizada no nível estadual e municipal. A partir da compreensão do território e da situação nutricional de indivíduos, famílias e comunidade é possível estabelecer estratégias que respondam à essa demanda e possibilitem trazer resolutividade e alcance das ações.

A diversidade de realidades que se apresenta nos municípios onde a presente pesquisa foi desenvolvida é um retrato dessa condição. Ainda que em um mesmo contexto estadual e proximidade geográfica, gestores, gestoras e nutricionistas entrevistadas e entrevistados referiram uma organização da atenção nutricional diferenciada entre si.

Duas dimensões devem ser consideradas nas ações de alimentação e nutrição, sendo elas a gestão e a assistência. A primeira dimensão contempla atividades de planejamento, organização, direção e controle que subsidiam as tomadas de decisões, pautadas no diagnóstico proveniente da Vigilância em

Saúde e mais especificamente a Vigilância Alimentar e Nutricional. Tais ações oferecem um perfil epidemiológico e alimentar das regiões e grupos específicos, revelando vulnerabilidades que precisam ser foco de atuação. A partir daí a gestão deve se apropriar de informações e dados, capazes de subsidiar estratégias de ação efetivas (BRASIL, 2009a; LANG; RIBAS, 2011).

A assistência, para além de um “conjunto de procedimentos terapêuticos”, compreende ações, seja em âmbito ambulatorial ou domiciliar, com enfoque nos cuidados relativos à alimentação e nutrição da população em seu território, considerando a relevância da relação sociedade e ambiente, bem como com estratégias intersetoriais (MONTEIRO, 2001; LANG; RIBAS, 2011).

Considerando ambas as dimensões como indissociáveis no contexto da Atenção Básica e da Atenção Nutricional, a tabela 8 apresenta os dados que caracterizam a Organização da Atenção Básica nos municípios participantes da pesquisa, com informações provenientes de diversas bases de dados. Na sequência apresenta-se a tabela 9, a organização da atenção nutricional construída a partir das informações das falas e categorias êmicas das entrevistadas e entrevistados. Optou-se pela inserção das tabelas em sequência para que seja possível visualizar a estrutura da organização da Atenção Básica e da Atenção Nutricional de maneira complementar. Os resultados serão detalhados e discorridos em seguida.

TABELA 8 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2019

DADOS	MUNICÍPIOS							
	MAIOR IDH			MENOR IDH				
	Curitiba	Rio Negro	Quatro Barras	Piraquara	Almirante Tamandaré	Adrianópolis	Itaperuçu	Doutor Ulysses
PORTE FIDHM	0,823	0,760	0,742	0,700	0,699	0,667	0,637	0,546
	Muito alto	Alto	Alto	Alto	Médio	Médio	Médio	Baixo
UBS	1.987.185	33.922	23.199	111.052	117.168	5.983	28.187	5.609
	<b>Grande</b>	<b>Médio</b>	<b>Pequeno</b>	<b>Grande</b>	<b>Grande</b>	<b>Pequeno</b>	<b>Médio</b>	<b>Pequeno</b>
ESF e NASF e-gestor (01/2019)	112	11 (8ESF e 3 UBS)	9	10	12	2 (+1 miniposto)	3	7
	sim	não	não	sim	sim	não	sim	não
Outros equipamentos (CNES)	33%	80%	100%	59%	9%	100%	61%	100%
	4735	84	56	265	285	16	68	14
Outros equipamentos (CNES)	462	41	51	79	23	15	52	14
	10%	49%	91%	30%	8%	94%	76%	100%
Outros equipamentos (CNES)	947	17	11	53	57	3	14	3
	215	8	8	19	3	3	5	2
Outros equipamentos (CNES)	23%	47%	73%	36%	5%	100%	36%	67%
	13	1	1	2	0	0	1	0
Outros equipamentos (CNES)	9	0	0	0	1	1	0	0
	6	0	0	0	1	0	0	0
Outros equipamentos (CNES)	26	1	1	1	1	1	1	0

FONTE: IBGE (2010) e E-gestor/2019 - CNES

NOTA: Teto de agentes comunitários de saúde é o número estimado de agentes comunitários em área urbana com cálculo referente ao número da população estimada pelo IBGE dividido por 400. O Teto de equipes de saúde da família é o cálculo referente ao número estimado da população por 2.000 (Portaria MS/GM nº 2.355/2013).

LEGENDA: UBS (Unidade Básica de Saúde); CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde); CAPS I, II, III, AD, i (Centro de Atenção Psicossocial I, II, III, Álcool e Drogas ou Infantil);





TABELA 9 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA EM 2019

(conclusão)

DADOS	MUNICÍPIOS							
	MAIOR IDH				MENOR IDH			
	Curitiba	Rio Negro	Quatro Barras	Piraquara	Almirante Tamandaré	Adrianópolis	Itaperuçu	Doutor Ulysses
(menção na entrevista) OAN: Assistência	sim	sim	sim	sim	sim	*	sim	sim (enf. e ACS)
	sim	*	sim	sim	sim	sim	sim	*
	sim	*	sim	sim	sim	*	sim	*
	sim	*	*	sim	sim	*	*	*
	sim	sim	sim	sim	sim	*	*	*
	sim	*	*	sim	sim	*	*	*
	sim	*	sim	sim	sim	*	sim	sim
	sim	*	*	sim	sim	*	*	*
	*	*	*	*	sim	*	*	*
	*	*	*	sim	sim	*	*	*
	*	*	*	sim	sim	*	sim	*
	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*

FONTE: A autora (2020).

NOTA: \* não mencionado nas entrevistas

LEGENDA: CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde); NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família); SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); FAN (Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição); VAN (Incentivo Financeiro para estruturação de Vigilância Alimentar e Nutricional); SUS (Sistema Único de Saúde); NUTRISUS (Estratégia de Fortificação de Alimentação infantil com micronutrientes); HIPERDIA (Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus).

Em relação a Organização da Atenção Básica (Tabela 8), os resultados apontam que os municípios de maior IDHM apresentaram maior número de Unidades de Saúde por habitantes, sendo a média de 8.627 habitantes/unidade de saúde, enquanto os municípios de menor IDHM apresentaram uma média de 5.488 habitantes/unidade de saúde. Somente metade dos municípios possuíam NASF, igualmente distribuídos entre os grupos de maior e menor IDHM. Todos os municípios de pequeno porte apresentaram 100% de cobertura de ESF, sendo que dentre esses a porcentagem de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e ESF de acordo com o estimado são as mais altas. Almirante Tamandaré, considerado município de grande porte e do grupo de menor IDHM, apresentou a menor porcentagem de cobertura de ESF (9%) bem como o menor número de ESF (5%) e ACS (8%). O município de Curitiba é o município que apresenta maior número de outros equipamentos de saúde (54) e Doutor Ulysses nenhum, de acordo com o CNES.

Em relação a organização da atenção nutricional (Tabela 9), verifica-se a presença de nutricionistas em cinco municípios (Curitiba, Quatro Barras, Piraquara, Almirante e Itaperuçu) com predominância em município de maior IDHM, sendo que pelo CNES todos estes municípios possuem esse profissional inserido no NASF. Dentre as ações mencionadas na totalidade dos municípios, na gestão municipal, estão as Ações de Nutrição na Atenção Primária, a presença do SISVAN e de sistema de informação e-sus. Dentre os programas mencionados nas entrevistas de todos os municípios constaram o Programa Bolsa Família e o fornecimento de alimentação especial. O programa Saúde na Escola (PSE) teve destaque por ser mencionado em seis municípios. No nível de assistência as ações foram bastante variadas, sendo que mais mencionadas foram os grupos realizados nas unidades de saúde sobre alimentação (sete municípios), grupos nas unidades sobre outros temas como tabagismo, gestação e caminhada e visitas domiciliares (seis municípios).

Em seguida serão apresentados resultados e discussões mais detalhados por municípios, a fim de possibilitar uma melhor compreensão sobre as especificidades.

A cidade de Curitiba apresenta características bastante distintas em relação à organização do sistema de saúde, essencialmente por ser capital do

Estado e por apresentar aproximadamente 17 vezes maior população do que o segundo maior município presente na amostra (tabela 8).

O município conta com 112 Unidades de Saúde e 215 equipes de saúde da família (eSF) credenciadas, contemplando somente 33% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (tabela 8).

Segundo dados recentes de Informação e Gestão da Atenção Básica (PARANÁ, 2019a), a cobertura do Estado do Paraná para a ESF no início de 2019, correspondia a 64,02%, sendo que os municípios que alcançam um mínimo de 90% de cobertura de estratégia de Saúde da Família representam 65,2%. Destes, a maioria é composta por municípios onde uma ou duas equipes são suficientes para atingir 100% da cobertura, ou seja, municípios de pequeno porte.

Tal realidade foi observada na presente pesquisa, uma vez que todos os municípios de pequeno porte registraram 100% de cobertura de ESF (tabela 8). Observa-se também que todos os municípios de grande porte, Almirante Tamandaré, Curitiba e Piraquara estão entre os 30 municípios do Estado com Paraná com menor cobertura de Estratégia de Saúde da Família (PARANÁ, 2019a).

A expansão da Saúde da Família está atrelada à necessidade de o município contar com profissionais capacitados, recursos suficientes e apropriados, além de um sistema organizado de referência e contrarreferência nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Estudos apontam que as disparidades regionais e de capitais em relação a cobertura tem estreita relação com processos de gestão local municipal e dos estados, uma vez que os processos organizacionais são muito variados. (MEDINA; HARTZ, 2009; MALTA et al., 2016; CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

Destaca-se o município de Almirante Tamandaré com população estimada de 117.168 habitantes, mas que possui a menor porcentagem de cobertura de ESF (9%, correspondente a somente 10.350 habitantes) em 2019, contando somente com 3 eSF, quando seriam necessárias 57 para atingir a cobertura de 100% (tabela 8). Tal município pode ser considerado muito vulnerável uma vez que é município de grande porte, possui um IDHM médio e

faz parte do grupo do G100<sup>1</sup>, conforme mencionado anteriormente. Essa realidade torna imprescindível a formação de maior número de eSF que atuem de forma ativa segundo as necessidades do território, problemática essa evidenciada nas entrevistas realizadas.

A Secretaria de Saúde de Almirante Tamandaré passou por um processo de terceirização iniciado desde 1997, a partir de dificuldades elencadas por gestores tais como rigidez nos Planos de Carreira, demora nos trâmites burocráticos para realização de concursos públicos e justificativa de que a estabilidade garantida para concursados, os mantinha na função mesmo quando apresentavam inadequação para o serviço. Assim, a terceirização foi pensada como um meio para minimizar esses agravantes (ALCANTARA, 2000). Atualmente, as ações de alimentação e nutrição são realizadas no município mediante profissionais terceirizadas diferindo do modo de contratação das profissionais de outros municípios entrevistados, refletindo em um modelo organizacional distinto.

A implementação de estratégia de Saúde da Família é fortemente determinada pelo contexto e suas particularidades. Malta et al (2016) comparou a implementação de Saúde da Família em dois municípios baianos, que apesar de apresentarem contextos político e institucionais muito similares, revelaram diferenças nos arranjos interinstitucionais, nas configurações de poder e na continuidade de políticas públicas municipais, as quais foram significativas para distinção da organização das atividades das eSF.

A influência na configuração da organização da atenção nutricional, por parte de gestores e gestoras de saúde que compreendem a atuação e a amplitude do trabalho da Nutrição é evidente neste trabalho. Em municípios onde esta realidade se apresentou, a organização da atenção nutricional mostrou-se mais completa e integrada com os outros serviços:

*Eu vejo aqui que a questão da facilidade do serviço de Nutrição [no município] foi pela questão do gestor entender a importância da Nutrição, e defender a Nutrição, entendendo o que a nutricionista faz [...]. Mudou muito a questão da valorização da nutrição. Depois com a entrada de uma nutricionista que virou uma gestora pública[...], ela conseguiu facilitar mais ainda, discutindo e defendendo a nutrição no município, acho que através da gente mostrar os dados e os números e a melhoria na qualidade do serviço, também faz com que a gente se*

---

<sup>1</sup> Grupo de 100 cidades brasileiras com mais de 80 mil habitantes com baixa renda e alta vulnerabilidade socioeconômica (publicação da Frente Nacional de Prefeitos – FNP)

*defenda no sentido do trabalho. De como a Nutrição vai ser forte se a gente estiver bem unido e estiver com a gestão defendendo (Entrevistada 10).*

Percebe-se que quando houve abertura para desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação e nutrição, estas ganharam visibilidade mediante atuação de profissionais nutricionistas que alcançaram outros espaços de gestão e de práticas na assistência, possibilitando assim maior visibilidade das ações.

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), mediante resolução 380/2005 estipulava o número de nutricionistas por habitantes, dependendo do porte populacional dos municípios. A partir da resolução 600/2018, o conselho recomenda que, para a gestão de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde, deve ser considerada uma nutricionista no município. Em relação aos NASF, segundo a resolução o número de nutricionistas deverá atender as disposições da legislação vigente. De acordo com PNAB 2017 e Portaria 3.124/2012, um NASF II (cuja soma da carga horária dos profissionais acumulem mínimo de 120 horas semanais) deve atender de 3 a 4 eSF. Considerando que 1eSF deve atender de 2.000 a 3.500 pessoas, uma nutricionista inserida nesse grupo multiprofissional no NASF II poderia atender um mínimo de 6.000 habitantes e máximo de 14.000 habitantes. Caso a nutricionista estivesse inserida em um NASF do tipo I (cuja soma da carga horária dos profissionais acumulem um mínimo de 200 horas semanais), que deve atender de 5 a 9 eSF, o número de habitantes por profissional seria no mínimo 10.000 habitantes e máximo de 31.500 habitantes (BRASIL, 2012a, 2017b; CFN, 2018).

A secretaria de saúde de Curitiba, conta com o maior número de profissionais nutricionistas, inseridas tanto na gestão da Atenção Básica, como nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB). A existência de uma coordenação que viabilize as ações de nutrição no município é uma grande potencialidade para o desenvolvimento da área. De acordo com as entrevistas realizadas o que possibilitou a contratação de maior número de nutricionistas no município foi o crescimento de demandas relacionadas à alimentação especial do Programa de Atenção Nutricional. Este programa visa a atenção nutricional, despendida à pessoas com necessidades alimentares especiais tais como crianças com alergias ou intolerâncias, doentes com desnutrição secundária, ou

que comprometam o funcionamento do trato gastrointestinal que impliquem no uso de sonda (PINHEIRO et al., 2014)

A partir da inserção da profissional nutricionista nas equipes de saúde em Curitiba tornou-se possível a elaboração de um protocolo do Programa de Atenção Nutricional, bem como a ampliação do cuidado referente à diversas outras demandas presentes no território tais como a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, Programa Saúde na Escola, acompanhamento dos titulares de direito do Programa Bolsa Família, a realização de grupos e indivíduos na Unidade de Saúde, dentre outras (tabela 9).

A maior visibilidade da profissional nutricionista mediante a demanda de pessoas com necessidades alimentares especiais, também foi relatada por entrevistadas no município de Piraquara, que conta com coordenação de Alimentação e Nutrição, programa e protocolo do Programa de Dietas Especiais (tabela 9). O alto custo com dietas industrializadas e dificuldade de acompanhamento frequente mediante visitas domiciliares foram dificuldades relacionadas à falta do profissional nutricionista. Mediante o diálogo com a gestão municipal sobre redução de custo com a garantia de um maior cuidado integral deste grupo de usuários, viabilizou-se a contratação de maior número de nutricionistas que atualmente compõe o NASF-AB.

Destaca-se que cinco dos municípios representados na presente pesquisa possuem NASF-AB, sendo que em todos há a presença da nutricionista de acordo com o CNES (tabela 8 e 9).

A quantidade de nutricionistas presentes em NASF-AB no Estado do Paraná tem relação com a implantação da PNAN, uma vez que este grupo tem papel importante como “burocrata de rua”, ou seja, suas ações no território vão contribuir para a efetivação da política.

Além disso, o desafio da integralidade apresentado pela expansão do PSF no país representou um aspecto motivador para inserção dessa categoria profissional na composição das eSF (LANG; RIBAS, 2011; TOMASI; RIZZOTTO, 2013).

É importante ressaltar a potencialidade da área da Nutrição, em termos operacionais, que se encontra na Estratégia de Saúde da Família em função da mesma ter como objetivo a promoção da saúde e a integralidade do cuidado,

aspectos inerentes ao escopo de atuação da área de alimentação e nutrição em atenção primária à saúde.

De acordo com tabela 9 é perceptível que os municípios que mais desenvolvem ações de alimentação e nutrição são aqueles que têm a gestão de ação de alimentação e nutrição e maior número de nutricionistas, uma vez que a inserção desse profissional abre possibilidades de atuação.

As ações de alimentação e nutrição, desde o início do SUS, tiveram um enfoque em programas desenvolvidos como resposta imediata aos problemas de saúde de grupos populacionais específicos, frequentemente relacionados ao controle da deficiência de micronutrientes e à relação dos sistemas de vigilância alimentar e nutricional com controle da desnutrição e com condicionalidades de programas de transferência de renda (JAIME et al., 2018).

É evidente nas entrevistas que essa marca ainda perpassa o sistema de saúde e principalmente a visão de gestores e nutricionistas sobre os programas e ações de nutrição desenvolvidos na atenção básica. A predominância de programas de suplementação de micronutrientes como NUTRISUS e de suplementação de vitamina A, os programas relacionados à demanda de alimentação especial bem como os programas Bolsa Família e Programa do Leite das Crianças que têm como condicionalidade o acompanhamento antropométrico e vacinal, evidenciam a prioridade dada às questões emergenciais e imediatas.

Muitas vezes o baixo acompanhamento destes programas com proposta mais pontual e vertical de atendimento à saúde é resultado da desvinculação com outras estratégias de trabalho das equipes de saúde. A integralidade no cuidado tem sido uma maneira de organizar a atenção à saúde de uma maneira horizontalizada, considerando os aspectos individuais e coletivos bem como os vários pontos de atenção da rede (JAIME et al., 2018).

O programa Bolsa Família, o SISVAN e a informatização dos dados gerados no SUS foram os três únicos programas ou sistemas mencionados em todos os municípios entrevistados. O contexto da fala em que tais programas são destacados, parte da necessidade da alimentação de dados e alcance das porcentagens de acompanhamento nos sistemas operacionais de informatização dos sistemas. Há exigências do governo federal e estadual para manutenção de tais programas e recebimento de recursos, sendo que sua



utilização por vezes se restringe à coleta e digitação de dados, desconsiderando seu potencial para o planejamento e execução de ações (ROMEIRO, 2006; ROLIM et al., 2015).

O fornecimento de fórmula infantil e alimentação especial, bem como a realização de grupos no HIPERDIA foram aspectos mencionados em sete (7) municípios que compõem a pesquisa (tabela 9).

A necessidade da população relacionada à demanda elevada de utilização de alimentação especial seja por alergias ou intolerâncias alimentares de crianças, pela demanda de suplemento alimentar ou dieta especial a ser administrada via enteral foi um problema de gestão municipal mencionado nas entrevistas.

Em se tratando de demandas que exigem cuidados urgentes, imediatos e especializados, somado ao fato de não apresentar nenhum recurso financeiro compartilhado com governos estaduais e federal, municípios têm assumido sob sua responsabilidade os cuidados e a atenção nutricional e arcado com os custos. Na presente pesquisa observa-se que todos os municípios fornecem alimentação especial, entretanto somente quatro deles possuem protocolo de atendimento e somente três tem o programa instituído.

O Ministério da Saúde em 2015, lançou o Caderno de Atenção Domiciliar Cuidados em Terapia Nutricional Domiciliar que teve como finalidade orientar a estruturação de serviços para suporte nutricional tanto no âmbito hospitalar, ambulatorial quanto domiciliar. Apesar de constituir em grande parte um manual técnico para assistência a esse grupo específico, traz resumidamente uma proposta de organização para a dispensação de fórmulas nutricionais que evoca a necessidade de avaliação da possibilidade de uso de fórmula com alimentos, criação de linhas de cuidado referenciadas nos diversos pontos da RAS e a necessidade da existência de um profissional responsável pela análise e liberação das fórmulas, exercendo papel regulador (BRASIL, 2015).

As atribuições do profissional supramencionado envolvem desde a avaliação da prescrição de acordo com protocolos, autorização da liberação de fórmula industrializada, apoio técnico ao setor de compras na aquisição dos produtos, apoio ao setor jurídico, bem como promover processos de educação permanente dos profissionais envolvidos com terapia nutricional (BRASIL, 2015).

O próprio manual evidencia que:

a organização da compra e dispensação de fórmulas nutricionais industrializadas são apontadas como grave problema por gestores nas três esferas de gestão do SUS. Fatores como alto custo das fórmulas, a indefinição de sua natureza (alimento ou medicamento) nos instrumentos normativos do SUS e as diferentes interpretações quanto à responsabilidade de setores do Estado na garantia do DHAA podem contribuir para a judicialização (BRASIL, 2015).

Diante da amplitude das responsabilidades desse profissional, ausente em grande parte dos municípios onde foram realizadas as entrevistas, e de todas as dificuldades citadas, fica evidente a limitação operacional que se apresenta uma vez que as atribuições envolvem especificamente questões técnicas da profissional nutricionista e não somente isto, mas ampliam-se para processos de compra de insumos e tratamento de questões jurídicas relacionadas ao serviço público, que a depender da estrutura do município, são diferenciadas, frequentes e complexas.

Destaca-se como uma das ações mais mencionadas pelos entrevistados e entrevistadas no município de Curitiba, a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, instituída desde 2013, que integra os cuidados do usuário nessa condição desde a atenção primária, perpassando pela atenção especializada até a hospitalar referenciada. O fato de o município possuir governabilidade sobre os diversos pontos de atenção à saúde torna o processo de operacionalização da linha mais acessível e, portanto, mais viável.

Tal iniciativa segue a proposta do governo federal da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, lançado em 2011 com vistas a organizar um conjunto de ações de diversos serviços para garantia de cuidado dos indivíduos, representando um grande avanço na garantia de cuidado integral como resposta ao problema do crescente aumento de doenças crônica no país (JAIME et al., 2018).

De acordo com dados do CNES, das 8 cidades participantes da pesquisa somente três delas têm Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal na composição da sua Rede de Urgência e Emergência (tabela 8).

A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, que deve compor uma Rede de Atenção de Urgências articulando os serviços da Atenção Básica com a Rede Hospitalar. A fim de fortalecer a visão da rede, há a condicionalidade da existência de Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU) e de expansão da cobertura da Atenção Primária por intermédio da ESF (BRASIL, 2013b; O'DWYER et al., 2017).

Uma vez que a maioria dos municípios da presente amostra não conta com esse equipamento em sua rede, necessitam considerar estratégias que viabilizem articulação entre a atenção primária e a atenção hospitalar. Em um dos municípios de pequeno porte tal dificuldade ficou evidente por conta das longas distâncias dos hospitais de referência, distância da capital e ausência de UPA:

*Mas a nossa questão do SAMU, nós tínhamos dificuldade antes de porta de entrada. E a gente tinha um paciente com infarte aqui, por exemplo. A gente pegava ambulância e saía pra Curitiba. E alguém ficava rezando aqui para que alguém aceitasse. E quando veio o SAMU, o mesmo suporte para gente é base. Que a equipe que está aqui está preparada, entendeu? Porque todos eles têm curso de SAMU, [...] então se surgiu uma emergência grave aqui hoje a gente não tem dificuldade para atender. Tanto que teve um paciente semana passada aqui que teve quatro infartes. A gente o reanimou duas vezes aqui. A gente perdeu o paciente óbvio, mas a gente não perdeu aqui, saíram a médica, os dois enfermeiros aqui dentro da ambulância, pra encontrar o SAMU, porque a gente combinou com o SAMU dessa forma. O SAMU, a nossa vantagem do SAMU é regulação, porque hoje ele não sai mais daqui sem saber aonde ir. Ele sai daqui já com o paciente estabilizado e já com referência. Então sai tranquilo. Então para agilizar o transporte ele sai com a equipe daqui e troca de maca na estrada. Isso é para agilizar o tempo, quando o helicóptero não vem. As vezes o helicóptero vem e ajuda bastante. Mas esse paciente ele deu parada duas vezes na estrada, eles o reanimaram uma vez. Quando chegou no hospital, que é uma referência básica também, a diferença de lá é que tem hospital e claro um pouco mais de estrutura porque é um hospital. E lá deu de volta, a parada e o paciente infelizmente... não deu. Em função também da estrada, poderia ser um pouco mais rápido. (Entrevistado 20).*

É perceptível como a ausência da estruturação de outros pontos da rede, interfere diretamente na organização da atenção do cuidado na Atenção Básica, como no caso acima detalhado. Algumas entrevistas registraram a existência de uma preocupação em contar com a formação e capacitação de profissionais inseridos na Atenção Básica em questões de média e alta complexidade, tornando este o foco prioritário de atuação da equipe que compõe a atenção Primária a Saúde. Tal conduta deve-se ao fato de muitas vezes, os municípios não possuem adequada estrutura de Urgência e Emergência ou estarem distantes geograficamente de centros urbanos maiores e com hospitais de referência.

Em análise realizada sobre as portarias que regulamentam as UPAS entre 2008 e 2013, as autoras Konder e O'Dweyer (2015) verificaram que a implantação e expansão das UPAs deu-se de maneira acelerada incentivada pelo governo federal, com alto aporte de recursos e sem a organização em rede preconizada, reproduzindo um modelo tradicional anterior de “consultas de emergência”.

Ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informação em todos os pontos de Atenção à Saúde é responsabilidade da Atenção Básica, tendo a ESF como estratégia prioritária para a consolidação da mesma, sendo que o município deve gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção (BRASIL, 2017b).

Tal ação apresenta-se como constante desafio percebido tanto na assistência como na gestão dos processos de saúde. Brondani et al (2016) realizaram análise sobre articulação da Atenção Primária com Atenção Terciária a fim de compreender processos de referência e contrarreferência de um município do sul do País. Encontraram como desafios para efetivação da mesma a ausência de comunicação entre profissionais, falta de conhecimento sobre as estruturas das redes de atenção, falta de educação permanente e a fragmentação de saberes, ausência de retornos dos serviços bem como a falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no processo de cuidado.

Assim, os resultados aqui apresentados referentes à organização da atenção nutricional dos oito municípios participantes da pesquisa revelou que a maneira como o município possibilita a implementação da PNAN, tem relação estreita com a perspectiva do gestor da saúde, compreensão do mesmo sobre as redes de atenção à saúde, implementação da Estratégia de Saúde da Família, presença ou ausência de profissional nutricionista no quadro de funcionários, questões geográficas como distanciamento da capital, dentre outras.

Apesar dos avanços relacionados aos marcos legais que efetivam a atenção nutricional no contexto da Atenção Básica, muitas dificuldades similares às que foram registradas por Brondani et al. (2016) estão supramencionadas e estão relacionadas às redes de atenção à saúde. Há necessidade de reordenação do sistema de saúde, mediante priorização de investimentos financeiros, de qualificação profissional e de referencial na Atenção Primária a

Saúde, a fim de alcançar melhor resolutividade com garantia dos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade.

Um sistema de saúde organizado tendo a atenção primária como base bem estruturada, como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações, possibilita uma melhor performance das redes de atenção à saúde pelas seguintes razões:

Primeiro porque diferente do cuidado especializado, a atenção primária desempenha um papel interativo; segundo porque é mais acessível; terceiro porque o gerenciamento do cuidado se torna mais apropriado pelos diferentes tipos de insatisfações dos usuários em seu primeiro contato com o serviço de saúde; quarto porque organiza e racionaliza o uso de recursos (básico e especializado) mediante a promoção, manutenção e melhoria da saúde (MEDINA; HARTZ, 2009).

Assim, a atenção nutricional como componente fundamental na produção do cuidado em saúde, deve estar inserida nesta Rede de Atenção Básica e alinhada às demais ações desenvolvidas na atenção à saúde do SUS, tendo em vista o cuidado do indivíduo, da família e da comunidade em torno do tema da alimentação e nutrição. Deve contemplar todos os aspectos relacionados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde relacionados à questão alimentar e nutricional considerando a vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção e controle de agravos nutricionais (BRASIL, 2013a; JAIME et al., 2018).

## 4.2 DESAFIOS RELACIONADOS À GESTÃO DA PNAN

### 4.2.1 A organização da atenção nutricional e os profissionais de saúde

Dentre os municípios de menor IDHM, a falta ou escassez de profissionais nutricionistas na Atenção Básica, foi evidenciada como desafio mais frequente para implementação da PNAN:

*É, para nós aqui faz muita falta porque a gente não tem a vivência com nutricionista porque já, como o nosso IDHM é baixo, então a gente tem muitas crianças baixo peso. Então a dificuldade que a gente tem em fazer o acompanhamento delas, na questão nutricional mesmo (Entrevistado 21).*

Neste grupo de municípios, dois deles contam com nutricionistas em seu quadro, sendo que até mesmo nas falas dos entrevistados, a escassez do profissional e a grande demanda de serviço foram elencadas como dificuldade para o desenvolvimento da política, programas e ações relacionados à Nutrição.

Por ser um tema transversal, intersetorial e que possui uma relação direta com a vida biológica, mas também com a vida social, econômica e cultural da comunidade, a alimentação está relacionada à grande parte da demanda do cuidado na Atenção Básica e por isso está vinculada à inúmeras condições e estratégias de promoção de saúde. A PNAN não evidencia que a temática de alimentação saudável seja exclusiva responsabilidade do profissional nutricionista, mas sim de profissionais de saúde em geral. Existem, no entanto, assuntos específicos que são privativos da atuação desse profissional. Diante dessa demanda e da escassez do profissional no serviço, entrevistados e entrevistadas de municípios de menor IDHM afirmam:

*Eu acho que (falta) acompanhamento da população idosa ou da população que tem doenças crônicas, poder fazer um acompanhamento mais próximo dos pacientes que são diabéticos, hipertensos pra não deixar eles entrar numa situação aguda e a gente não consegue ainda ter pernas para acompanhar esse público. Então a gente acaba se dedicando mais a pacientes que precisam mais de dietas especiais, fazer visita e acompanhar e as crianças e as vezes eu vejo que o público mais adulto e idoso a gente não tem pernas ainda para acompanhar. Então a gente acaba se dedicando mais a pacientes que precisam mais de dietas especiais, fazer visita e acompanhar e as crianças e as vezes eu vejo que o público mais adulto e idoso a gente não tem pernas ainda para acompanhar (Entrevistada 12).*

*E eu acho bastante falta de mais uma nutricionista aqui com a gente. Porque tem a avaliação do peso, eu precisava saber. A gente não recebe por exemplo: uma criança de baixo peso. Às vezes é um agente de saúde que está ajudando nota a diferença e comunica o enfermeiro. Mas quem poderia estar fazendo essa parte, avaliando de verdade seria o nutricionista. A gente não tem esse efetivo que possa coordenar essa parte (Entrevistada 18).*

A representatividade das demandas de saúde nos diferentes ciclos de vida, especialmente relacionadas a alimentação e nutrição, pode ser observada nos trechos das entrevistas acima. Assim torna-se necessária a priorização de certos grupos de risco, ou mais vulneráveis, em detrimento de outros grupos com necessidades igualmente importantes. Diante da necessidade emergencial,

alguns entrevistados afirmam que recorrem à nutricionista da Secretaria de Educação, quando há demandas específicas, sendo muitas vezes a única profissional da área no serviço público municipal:

*Hoje a gente tem a forma informal, até tem alguns encaminhamentos de nutrição mesmo, mas isso a gente encaminha para nutricionista da Educação. Então eu não tenho conhecimento específico do que poderia ser feito. De repente se tivesse um profissional aqui a gente poderia discutir alguma coisa (Entrevistado 20).*

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)<sup>2</sup>, a partir de 2006, instituiu a obrigatoriedade da presença de nutricionista como responsável técnico, vinculado ao setor de alimentação da Secretaria de Educação, o que viabilizou a contratação de nutricionistas em todos os municípios brasileiros e presença de maior número de nutricionistas inseridas no serviço público (BRASIL, 2009c).

Uma vez que tal obrigatoriedade não se apresenta na PNAN, nem a vinculação da presença de nutricionista na Atenção Básica com recebimento de recurso orçamentário para desenvolvimento das ações, a contratação dessa profissional na Atenção Básica e na Gestão de Alimentação e Nutrição no SUS fica restrita à compreensão de gestores sobre a necessidade e potencialidade do trabalho da Nutrição nessa área.

A questão financeira foi elencada como desafio a ser superado, tanto nos municípios de menor quanto de maior IDHM e refere-se tanto ao recurso necessário para a contratação do profissional, quanto para desenvolvimento de ações e programas locais relacionados à alimentação e nutrição. Em ambos os grupos foi evidenciada a dificuldade de contratação de nutricionista, seja devido ao limite de folha de pagamento de servidores públicos, seja pela distância da capital, no sentido da dificuldade inerente às condições de vida e profissionais relativas ao processo de interiorização:

*Vou de antemão explicar que nosso município não é nem uma questão de não querer. Nós temos aquele limite prudencial, nós estamos no ápice. Parece que até 52% o Ministério Público acaba entrando com Mandado de Segurança e ele assume a administração do município. O*

---

<sup>2</sup> O PNAE, instituído em 1955, estabelece repasse financeiro para estados e municípios, com o objetivo de suprir as necessidades nutricionais e formação de hábitos alimentares saudáveis de alunos da rede pública de Educação.

*que é o limite prudencial? O prefeito gastar mais que 52% do recurso do município com folha de pagamento. Nós estamos com 49%. Então o Ministério começa a mandar alerta. Cuidado, vocês estão no limite. Então mesmo que o prefeito tenha dinheiro em caixa ele não pode contratar porque o gasto com folha está excessivo. [...] isso é por conta do prefeito antigo que antes de sair do último mandato dele, contratou quase 200 pessoas no finalzinho do mandato então a gente nem sabe para quais áreas, se era necessário mesmo ou não. Mas segundo o que a gente escuta do administrativo. Então não adianta eu não posso. Eu tinha estagiária eu não tenho mais. Então a gente acaba trabalhando com o limite do limite. Então não é falta de força de vontade do pessoal, é porque não tem mão de obra mesmo para fazer (Entrevistada 5, maior IDHM).*

*[...] primeiro, prefeitura sempre está no limite, com folha de pagamento, segundo que não é fácil trazer uma nutricionista com salário muito baixo para cá. Para vir para essa região teria que ser um salário bom, ou no mínimo já concursado, que já tem certa garantia. Então é difícil achar alguém que venha (Entrevistado 16, menor IDHM).*

A Lei de Responsabilidade fiscal, aprovada em maio de 2000 tem como objetivo zelar para que as despesas municipais não excedam a arrecadação. Vários são os limites impostos pela mesma, dentre eles a de despesas com recurso pessoal que não pode exceder 54% da receita corrente líquida do município. Conforme relatado na fala acima, em caso de ocorrência, as penalidades para o município são significativas.

De acordo com Mendes e Marques (2014), a despeito dos diversos projetos de lei apresentados ao Congresso Nacional solicitando a exclusão desse limite, parece que esse tema não tem sido priorizado uma vez que não tem se verificado uma mobilização para a sua revogação, apesar de a lei estar há 14 anos em vigor. Segundo os autores esta exigência tem afetado o comprometimento de gestores municipais com a implementação da ESF.

Uma das formas de se medir a desigualdade de acesso aos serviços de saúde é mediante a relação de número de profissionais de saúde por número de habitantes (BASTOS; GOMES, 2014). A maioria das pesquisas se limita a estudar casos relacionados à categoria médica, sendo escassos os estudos em relação a outras categorias profissionais na saúde, tais como a dos nutricionistas. O Brasil apresentava em 2018 uma razão de 2,18<sup>3</sup> e o estado do Paraná de 2,09, ambos superiores ao preconizado pela OMS, que é uma proporção de um médico para cada 1.000 habitantes. Observa-se uma

---

<sup>3</sup> Razão: número de profissionais médicos para cada 1.000 habitantes.



prevalência de migração médica para as regiões Sul e Sudeste do país, sendo a renda líquida obtida e a existência de residência médica fatores elencados como atrativos para estes profissionais (BASTOS; GOMES, 2014; SCHEFFER et al., 2018).

Além de verificar uma discrepância entre a distribuição de profissionais médicos entre os estados, estudos revelam essa situação em relação às capitais e o interior. No Estado do Paraná, verificou-se que não há falta de profissionais médicos, mas sim uma má distribuição decorrente da permanência do mesmo em grandes centros e capital em função de melhores condições de trabalho e de salário (MELO, 1971; BONAMIGO, 2011; TOMASI; RIZZOTTO, 2013)

Um estudo intitulado Demografia Médica no Brasil em 2018, revelou que 15,5% da população do País, residente em municípios com até 20.000 habitantes, contam com 2,6% do total de profissionais médicos em atividade no país. Ao passo que 30,2% da população reside em grandes centros com mais de 500.000 habitantes, onde estão atuando 60,2% dos médicos. A situação é ainda mais agravante em municípios com até 5.000 habitantes que tem razão média de 0,30 médicos por grupo de mil habitantes (SCHEFFER et al., 2018). O estudo reflete uma realidade percebida pelos entrevistados e entrevistadas de municípios de pequeno porte em relação à essa categoria profissional e outras categorias de profissionais de saúde como os da nutrição.

Apesar de entre os municípios participantes, nenhum deles apresentar população inferior a 5.000 habitantes, entre os entrevistados de municípios de menor porte foram apontadas estratégias para atender à demanda da população mesmo diante da ausência de médicos e médicas em número suficiente:

*Até na quinzena passada a gente levou a médica daqui. Tiramos aqui e levamos lá, porque precisava de um, os receituários, o pessoal que estava precisando de medicamento controlado. A médica daqui foi, tiramos daqui, descobrimos aqui para cobrir lá (Entrevistado 15).*

Para além da categoria médica, Tomasi e Rizzotto (2013) analisaram a composição e distribuição de NASF no Estado do Paraná de acordo com dados disponíveis no CNES no ano de 2012, considerando o NASF como um espaço importante de inserção de outras categorias profissionais no sistema de saúde. Dentre os 399 municípios do estado somente 7,7% possuíam o NASF

implantado, estando esse núcleo mais concentrado nas regionais de Curitiba (2ªRS), Londrina (17ª), Maringá (115ª) e Apucarana (16ª), sendo a primeira cidade a capital do Estado e as subsequentes as maiores cidades do Estado em número populacional.

A concentração de profissionais de saúde em torno das capitais e de cidades consideradas grandes centros-urbanos tem limitado a permanência de profissionais em municípios distantes destes locais, conforme corroboram os resultados do presente estudo. Há uma necessidade de melhores salários para possibilitar a permanência do profissional na Atenção Básica, em regiões onde não se apresentam tantos recursos ou tantas condições como as disponíveis em grandes capitais e entornos:

*então é essa dificuldade, a distância de Curitiba, não é fácil, porque, você vê, uma cidade pequena não tem recurso, o profissional vem para trabalhar mesmo, não tem outra coisa. Geralmente eles reclamam disso, “mas não tem nada na cidade?” (Entrevistado 16).*

Escassez de recursos financeiros devido baixa arrecadação, visão do gestor sobre a política pública, alternância de governo, distância da capital, grandes demandas dos serviços de saúde e falta de concursos públicos, são questões que interferem negativamente na ampliação e qualificação do quadro de servidores da saúde, de acordo com as entrevistas desta pesquisa. Diante dessa condição, muitos municípios possuem demandas específicas, condizentes com sua realidade, que por vezes tornam-se prioridade para além da necessidade das demandas da área de Nutrição, o que indiretamente interfere também na atuação da área, tal como observado no relato de um dos entrevistados de municípios de menor IDHM:

*se fosse para eu escolher hoje, um profissional para saúde eu iria optar por um fono [fonoaudiólogo], por exemplo, que a demanda é bem maior para fono do que para nutrição. Como gestão eu pensaria dessa forma (Entrevistado 20).*

Em estudo realizado no estado do Paraná, foi observado que a composição dos NASF tem se mostrado similar entre diferentes municípios, com priorização de categorias profissionais mais disponíveis no mercado, ao invés da necessidade local a partir do perfil epidemiológico. Observou-se na pesquisa que em municípios com mais de um NASF a composição das equipes era a mesma,

sendo a maioria composta por fisioterapeutas (23%), psicólogos (17%), nutricionistas (16%) e educadores físicos (15%) (TOMASI; RIZZOTTO, 2013). Esses resultados evidenciam a necessidade de mudança no modelo assistencial e na transformação da atenção básica em uma dimensão ordenadora do cuidado, que considera o território e suas demandas. Uma das soluções apontadas pode ter relação com o processo de formação dos profissionais, como a interiorização de ensino universitário, no sentido de ser mais adequada à realidade regional e local (MELO, 1971; TOMASI; RIZZOTTO, 2013).

Como estratégia para suprir a falta de profissionais de saúde, o governo buscou incentivar a emigração de médicos estrangeiros até 2018. Entretanto é necessário cautela na identificação dos motivos que levam à falta de profissionais, pois a não permanência dos profissionais nos municípios menores e mais distantes pode ser decorrente de outras problemas estruturais, tais como dificuldade de manutenção de programas municipais de saúde ou de mudança de gestores (BASTOS; GOMES, 2014).

Para além disso, a ausência de profissionais brasileiros no interior revela uma necessidade urgente de se pensar nos modelos de formação dos profissionais do país, na regulação das residências médicas com incentivo para as residências multiprofissionais, em saúde da família e atenção básica, de maneira a contribuir para uma formação mais adequada para o SUS, que considere as diversas demandas locais relacionadas ao cuidado e atenção à saúde. A aprovação das diretrizes curriculares para as profissões da saúde e a criação de cursos de residência e especialização multiprofissional em saúde da família para todas as categorias profissionais da área da saúde se constituem em importantes estratégias apoiadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação nas últimas décadas e que têm contribuído para avanços significativos nessa direção (FEUERWERKER, 2007). De qualquer forma, mesmo com a constatação do desenvolvimento de ações para equacionar o problema, muito mais ainda necessita ser feito dada a urgência da resolução dessa demanda que é central para o SUS.

Desde a década de 1960, novos modelos de formação médica têm sido propostos em contraposição ao modelo biomédico e que têm como paradigma a integralidade da saúde. Este modelo visa a formação de profissionais de maneira mais contextualizada mediante a utilização de metodologias de ensino

aprendizagem que têm as necessidades do estudante como centro desse processo, a fim de possibilitar a formação de profissionais capazes de considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais da população em seu processo de cuidado (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005)

Assim, apesar de representar um avanço na formação do profissional, ainda se percebe uma priorização na escolha dos médicos e das médicas por áreas da saúde com maior prestígio profissional e que resultam em maiores ganhos financeiros. Em estudo recente constatou-se que a Região Sul do país apresenta a maior razão de números de especialistas por generalistas na área médica representando 2,27 especialistas para cada generalista (SCHEFFER et al., 2018).

Em relação à área da Nutrição, Jaime (2013) destacou, a partir de dados do Sistema do CNES em 2013 que, de um total de 15 mil nutricionistas que atuavam no SUS no país, aproximadamente 60% atuavam na atenção secundária e terciária tais como hospitais, centro de especialidades, Centro de Atenção Psicossocial, Pronto Atendimento entre outros. Esse cenário indica uma similaridade com o que apresentado em relação a área médica.

Dentre as competências e habilidades esperadas do profissional nutricionista após sua formação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Nutrição de 2001 afirmam que a sua formação deverá contemplar as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Costa et al (2018) analisaram as diretrizes curriculares de 14 profissões de saúde publicadas de 2001 a 2004, dentre as quais incluem-se a Nutrição. Dentre os achados, as autoras observaram que as DCN's da Nutrição "indicam um processo de ensino-aprendizagem inovador, na medida em que recomendam uma visão crítica, reflexiva e criativa da aprendizagem, na qual o aluno é considerado um sujeito ativo nesse processo" (COSTA et al., 2018, p. 6). Entretanto as autoras concluem, a partir da análise de todas as DCN's que a maioria dos documentos está ainda muito alinhada ao modelo tradicional de ensino, sendo que mesmo que citassem mudanças inovadoras nesse processo, tais ideias não eram expressas de maneira clara e não constavam de forma explícita as formas da sua implementação no cotidiano do ambiente educacional,

indicando a necessidade de atualização e revisão, após 14 anos de sua publicação.

#### 4.2.2 Financiamento de ações de alimentação e nutrição

Dentre os municípios de maior IDHM a escassez de recursos financeiros apresenta-se também como um desafio para se efetivar a PNAN e suas ações:

*Eu acho que a nossa maior dificuldade mesmo é o financiamento, a escassez de recurso. Porque essa política não tem contrapartida, nem do governo federal, nem do estadual. Nós recebemos recursos assim, esporádicos. Ano passado eu acho que nós recebemos R\$ 16.000, mas no ano anterior acho que a gente recebeu também esse valor, que são recursos para estruturação, da Política no município. Então para isso a gente comprou balanças, fita métrica. Agora nós queremos comprar um kit para educação, nas escolas, desses kits que são utilizados para que os profissionais consigam visualizar ou orientar durante as atividades. Mas o problema maior, de fato, é o financiamento. Nós, o ano passado, gastamos R\$ 279.000 no município e esse ano a gente tem programado R\$ 300.000 e até agora nós gastamos R\$ 97.000. Mas esse recurso ele é usado principalmente para as dietas especiais (Entrevistada 9).*

Desde 2011 os municípios contam com duas fontes de financiamento relacionados a PNAN. A primeira delas é o Financiamento de Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), instituído desde 2006 mediante Portaria nº 1.738/2013 que tem como objetivo apoiar a estruturação de ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2018a).

Inicialmente esse financiamento encontrava-se disponível somente para municípios com mais de 200.000 habitantes. Atualmente o mesmo encontra-se ampliado para municípios maiores de 30.000 habitantes, contemplando 27 estados, 193 municípios com mais de 150.000 habitantes e 965 municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes (BRASIL, 2018a).

O recurso recebido no total de R\$16.000, mencionado na entrevista acima diz respeito ao FAN recebido pelo município no ano anterior. Por se tratar de um recurso de custeio, é vedada a sua utilização para outros fins, sejam eles despesas de capital, tratamento de doenças ou reabilitação, aquisição de alimentos, suplementos ou fórmulas alimentares, de vitaminas ou minerais. Assim, o custo apresentado pela entrevista para dietas especiais, advém de recurso municipal próprio, dada a inviabilidade de utilização do FAN para esse

fim (BRASIL, 2013c). Isso se dá, para que realmente o recurso possa ser utilizado para desenvolver ações com enfoque na Atenção Básica e priorizando a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, a Vigilância Alimentar e Nutricional, a prevenção de agravos relacionados a alimentação e nutrição e qualificação da força de trabalho (BRASIL, 2013c).

Além disso, uma das formas de o Ministério da Saúde garantir que a utilização do recurso está sendo considerada nos instrumentos de planejamento da saúde no SUS é a obrigatoriedade de inserir as ações de alimentação e nutrição no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, dos estados e municípios (BRASIL, 2013c). O conhecimento dos instrumentos legais de planejamento de ações e de utilização de recursos orçamentários dentro do SUS é imprescindível para garantir visibilidade e alinhar o financiamento correto ao seu fim adequado.

Dentre os municípios que compõem esta pesquisa, metade deles não recebe este recurso, pois têm população residente inferior a 30.000 habitantes, sendo três deles, os que apresentam os valores mais baixos de IDHM do total de municípios entrevistados. Portanto, ainda que seja estratégico vincular recurso a ações restritas à temática da alimentação e nutrição, é visível que os municípios menores, que muitas vezes têm menores possibilidades de contratação de profissionais e assim de desenvolver ações pois contam em geral com arrecadações mais baixas, mesmo nessa condição, não são contemplados com o recebimento do recurso, o que os torna ainda mais vulneráveis.

O segundo recurso vinculado às estratégias de alimentação e nutrição é o incentivo financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), instituído em 2011 pela Portaria nº 2.975 cujo objetivo é incentivar a aquisição de equipamentos antropométricos tais como balanças, adipômetros e antropômetros. De acordo com a lei todos os municípios recebem anualmente R\$ 1.500,00 por pólo de Academia da Saúde e R\$ 3.000 por Unidade de Saúde, sendo este recurso exclusivo para uso e compra desses materiais (BRASIL, 2011a).

Deve-se atentar ao fato de que ainda que o VAN seja um recurso recebido por todos os municípios e o FAN esteja restrito à uma parte dos municípios, ficou explícito que não são todos os gestores e profissionais que têm

ciência da existência deste recurso. Dentro os municípios de pequeno porte, somente um dos entrevistados mencionou ter esse conhecimento:

*Agora que eu estou recebendo recurso, que na verdade, vou ser bem sincera, eu fui ter conhecimento do recurso que eu recebia há dois anos. Antes eu nem sabia do recurso, porque nunca me passavam. Eu perguntava nunca tinha (Entrevistada 13).*

Em pesquisa realizada com responsáveis técnicos de alimentação e nutrição de municípios e estados brasileiros, Reis (2015) encontrou que as dificuldades elencadas para utilização do recurso para estruturação das ações de alimentação e nutrição consistiam no número reduzido de nutricionistas, excesso de burocracia, rotatividade de recursos humanos, interferência de interesses políticos partidários e problemas na organização institucional. Para representantes estaduais, a dificuldade residia no excesso de portarias, na invisibilidade do recurso no orçamento das secretarias e na fragilidade da aplicação.

A burocratização dos processos de compra foi elencada nas entrevistas como dificuldade em municípios de maior IDHM:

*As vezes uma licitação demora muito tempo para acontecer. O que você pede lá em janeiro até abril, até junho ainda está sem, ainda não foi feito. E isso as vezes a gente precisa daqueles produtos ou daqueles materiais para trabalho e não tem. Então as vezes na parte administrativa da prefeitura é muito burocrático a questão de solicitação de licitações e nisso a gente vê bastante dificuldade para adquirir algum bem alguma coisa (Entrevistada 10).*

A compreensão dos processos de compra de um órgão público demanda experiência e diálogo com outros setores da prefeitura, tais como setor administrativo de licitação e de compras, e muitas vezes o gestor ou gestora das ações de alimentação e nutrição é recente no cargo, ou inexperiente ou tem dificuldade de interlocução com outras secretarias. Dessa maneira, muitos municípios mantêm o recurso acumulado sem vazão para ações que seriam consideradas imprescindíveis para estruturação adequada da área de alimentação e nutrição.

Apesar de serem recursos limitados quanto ao seu valor, demonstram um avanço significativo para fortalecimento da área no SUS, de maneira a

contribuir ainda que minimamente, para desenvolvimento das ações previstas na PNAN (REIS, 2015; JAIME et al., 2018).

Além do recurso específico destinado às ações de alimentação e nutrição, as Secretarias de Saúde contribuem para o recebimento do Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M) do Programa Bolsa Família. Este recurso é uma estratégia de mensuração do desempenho municipal em relação às condicionalidades do programa, sendo os resultados semestrais utilizados na base de cálculo de recurso destinado aos municípios (BRASIL, 2018b). A Secretaria de Saúde tem a responsabilidade de garantir às famílias titulares de direito, semestralmente, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças menores de sete anos e sua imunização, bem como a inserção das gestantes nas consultas de pré-natal. Tal ação é complementar à ação da Secretaria de Educação e da Secretaria de Assistência Social, sendo o recurso contabilizado a partir das ações das três áreas (BRASIL, 2018c).

O recurso é repassado ao Fundo Municipal de Assistência Social com a finalidade de execução das atividades financeiras das ações vinculadas à Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único. Dessa forma, ainda que o recurso esteja destinado à uma secretaria específica, tal recurso deve ser utilizado para efetuar ações intersetoriais, conforme destacado no Caderno do IGD-M lançado em 2018:

A intersetorialidade desde o planejamento das ações é imprescindível para o aperfeiçoamento da Gestão Municipal do PBF e do Cadastro Único. As atividades a serem desenvolvidas com os recursos do IGD-M deverão ser planejadas de maneira integrada e articulada, levando em consideração as demandas e necessidades da Gestão do programa e do Cadastro Único, no que se refere às áreas de Assistência Social, Saúde e Educação, envolvendo sempre o Conselho Municipal de Assistência Social nesse planejamento (BRASIL, 2018b).

Em uma das falas dos entrevistados de municípios de menor IDHM houve referência a uma dificuldade de acessar o IGD-M como recurso estratégico para investimento nas ações para famílias em vulnerabilidade social:

*É um trabalho que envolve também o Bolsa aqui, o peso. Mas esse recurso não entra no fundo municipal de saúde, ele entra, se não me engano na Ação Social. Então essa é uma dificuldade nossa, porque a gente tem que pedir lá, então é uma questão de gestão, claro tem a questão da saúde também. O da saúde poderia vir direto para gente*



*gerir sabe, fazer essa gestão esse recurso no fundo municipal de saúde (Entrevistado 17).*

Tal afirmação revela uma ausência de articulação entre os setores descrita como imprescindível pela legislação (BRASIL, 2018b), o que dificulta a realização de ações mais transversais de garantia de um cuidado integral.

Para viabilizar o planejamento e utilização do recurso para todos os setores, o Programa Bolsa Família estipula que cabe aos municípios definirem uma área responsável pela gestão do programa e pela articulação entre as áreas como saúde, educação assistência social e segurança alimentar (BRASIL, 2004b). Para tanto alguns municípios criaram um Comitê Gestor Municipal do Programa Bolsa Família, composto minimamente por representantes das três secretarias envolvidas e representantes dos titulares de direito, possibilitando assim um espaço de controle social para diálogo, acompanhamento, planejamento e a fiscalização das ações desenvolvidas.

Nas entrevistas realizadas, somente dois municípios pertencentes ao grupo de maior IDHM mencionaram o vínculo com outras secretarias em decorrência da gestão do Bolsa Família, sendo que em um deles a nutricionista refere que já presidiu o comitê:

*a gente tem também aqui o Comitê do Programa Bolsa Família que ele tá instituído, [...] a gente começou a criar várias ações de... trabalho dentro da Unidade, aumentou o acompanhamento das famílias em saúde, na assistência e na educação através desse Comitê (Entrevistada 10).*

Assim, a institucionalização de um grupo gestor intersetorial apresenta-se como uma boa estratégia para enfrentamento dessa dificuldade, compreendendo que o processo de garantia de direitos de pessoas em vulnerabilidade social e nutricional precisa seguir os princípios do SUS, citados anteriormente.

#### 4.2.3 Desafios dos modelos de atenção à saúde

Nos municípios de maior IDHM, dentre os desafios elencados surge a dificuldade dos profissionais de saúde em geral de compreender o papel do NASF na Atenção Básica, bem como o papel da nutricionista nesse espaço:

*[...] existe dificuldade na questão do NASF ainda, de entendimento do papel do NASF pelos próprios profissionais de NASF, ainda hoje. Dos próprios nutricionistas que volte e meia você tem que retomar isso. Existe dificuldade também as vezes da equipe das Unidades e das chefias também do papel do NASF. Até porque as pessoas, as vezes são, elas migram de lugar, tem uma rotatividade. E as vezes você tem que colocar no lugar e dizer "Não. O papel do NASF não é esse. Lembre-se que é um profissional para três, quatro Unidades. Então temos que focar (Entrevistada 2).*

Na assistência da Atenção Básica a inserção do nutricionista e da nutricionista nas Unidades de Saúde, se dá mediante o NASF-AB. Para além de um agrupamento de especialista para atender demandas específicas de livre acesso da Atenção Básica, o NASF-AB precisa atuar como suporte para as eSF das Unidades de Saúde, mediante o compartilhar de saberes, práticas e gestão do cuidado, no trabalho horizontal e interdisciplinar com a garantia de longitudinalidade do cuidado e da prestação de serviço. As eSF deverão identificar as demandas e levá-las para a equipe NASF-AB de maneira integrada com as RAS (BRASIL, 2017b).

Dependendo da condução da gestão e local do NASF, a desatenção aos pressupostos que o orientam, pode torná-lo um mecanismo de acesso ao atendimento especializado, ao contrário do que se propõe na política. O NASF tem papel importante no fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada do SUS, contribuindo para maior resolutividade e consolidação do SUS, e deve ter como resultado a diminuição de procura direta por especialidades (MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; TOMASI; RIZZOTTO, 2013).

O modelo de Atenção à Saúde proposto pela PNAB traz consigo a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, cuja organização ocorre de maneira diferenciada ao proposto pelo modelo biomédico, pois considera o indivíduo em sua integralidade, busca a atenção à saúde de maneira universal e a promoção da saúde (BRASIL, 2017b). A compreensão desse novo modelo é imprescindível para torná-lo possível e efetivo no âmbito da Atenção Básica.

A Atenção Básica é definida na PNAB como um conjunto de ações de saúde, tanto individuais como coletivas, que englobam promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância. A PNAB, bem como a PNAN ressalta que o desenvolvimento de ações deve estar pautado na necessidade expressa

no território, considerando sempre sua dinamicidade, os determinantes e condicionantes de saúde. (BRASIL, 2013a, 2017b).

É evidente a complexidade que permeia a atuação do profissional de saúde e por isso é fundamental a apropriação de estratégias de planejamento que deem visibilidade para as questões que emergem da realidade. A complexidade exigida para integrar tantas variáveis é desafiadora.

A Atenção Básica utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, necessária para resolver os problemas mais frequentes e relevantes (BRASIL, 2006b). Nas falas os entrevistados nos municípios de maior IDHM há menção a essa realidade:

*[...] as nossas ações acabam sendo ineficientes se não tiver essa mobilização sabe [refere-se a sensibilizar comunidade]. E que é o mais difícil e o mais complexo. O mais complexo é isso, tanto que a atenção primária é a área da saúde mais complexa. Não é por ser básica, que de básico tem muito pouco, porque convencer o cidadão de fazer uma dieta, por exemplo de um hipertenso do cuidado que ele tem que ter do auto-cuidado, isso sim é complexo e difícil (Entrevistada 9).*

O relato acima expressa a alta complexidade envolvida no processo de cuidar dos profissionais inseridos na Atenção Básica, uma vez que envolve um processo de auto-cuidado apoiado e diálogo com indivíduos e coletividades.

As tecnologias relacionais ou tecnologias leves são estratégias que podem favorecer o diálogo entre profissional de saúde e indivíduo, no desenvolvimento de competências inter-relacionais tais como:

*[...]acolhimento, integração, formação de vínculos, espaço para encontro e escutas, respeito e valorização a autonomia, cooperação e corresponsabilização, uso de habilidades de comunicação para adequada expressão verbal, bom humor, empatia e postura ética” (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017, p. 1033)*

O uso de tais tecnologias demanda um processo amplo de aprendizado e compreensão da importância da humanização do cuidado envolvido no trabalho em saúde.

Um estudo que avaliou a utilização de tecnologias relacionais por enfermeiros inseridos na Atenção Básica, evidenciou que embora estes profissionais valorizassem o uso dessas estratégias no cuidado, mostraram um desconhecimento sobre esse conceito e relataram dificuldades em sua utilização

tais como falta de espaço físico, livre demanda de atendimentos e processos burocráticos, bem como o processo de trabalho e a forma como este é organizado (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

A falta de estrutura física foi elencada como dificuldade encontrada em dois municípios (um de maior e outro de menor IDHM):

*Sempre tem para melhorar. Nós temos uma condição de estrutura física muito ruim aqui hoje, sabe a gente tá arrumando, então estamos organizando, a gente está fazendo, está reestruturando, reformando o prédio pra ter uma estrutura melhor, foi feito uma sala provisória do NASF, então hoje a maior dificuldade é essa (Entrevistado 17).*

As dificuldades mencionadas no parágrafo anterior, podem trazer consequências na prática do cuidado e no atendimento ao grupo de todos os profissionais de saúde que atuam no SUS.

No campo da Nutrição, como possibilidade de olhar diferenciado, discute-se o conceito de clínica ampliada, no qual busca-se o desenvolvimento de tecnologias tais como as mencionadas acima no cenário de prática da nutricionista entrevistada. A utilização desse modelo na prática do cuidado busca estabelecer capacidade dialógica com o indivíduo compreendendo as relações envolvidas na questão alimentar e no processo de determinação da saúde (DEMÉTRIO et al., 2011)

As ações de alimentação e nutrição não tem como objetivo restrito mudanças de comportamento pontuais e por isso mesmo a complexidade dessa atuação reside em priorizar o desenvolvimento de habilidades e competências que estimulem o empoderamento e autonomia dos indivíduos e comunidades no território, visando a promoção da saúde (BUSS, 2000; FERREIRA; MAGALHÃES, 2007)

Os modelos de atenção à saúde e a maneira como se dá a configuração da gestão do cuidado na prática da assistência traz desafios que precisam ser debatidos, a fim de encontrar estratégias que garantam a atuação dos profissionais de saúde mesmo diante da complexidade de atuação envolvida na Atenção Básica.

#### 4.2.4 Dificuldades da gestão de alimentação e nutrição na coordenação e na assistência

Os resultados mostram que a ausência do nutricionista e da nutricionista tanto no NASF como também na Gestão de Alimentação e Nutrição fragiliza as ações relacionadas à atenção nutricional gerando muitas vezes uma lacuna relativa a um conhecimento e uma prática específica pautados na ciência da nutrição e essenciais para a promoção da saúde e que acabam não sendo desenvolvidos no âmbito do serviço de saúde. Essa lacuna pode ser percebida nas falas dos entrevistados e das entrevistadas, especialmente em municípios de menor IDHM. Ainda que a PNAN não evidencie que o papel da gestão de alimentação e nutrição deve ser desempenhado por nutricionista, o que se observa é que quando este espaço não é ocupado por esse profissional, a atuação do serviço fica restrita ao enfoque de ações curativas e emergenciais mencionadas nos dois grupos de municípios:

*A gente faz a avaliação, o médico faz a avaliação dele, só que a gente tem esse déficit [de nutricionista], pela questão da gente não saber como proceder uma dieta, fazer a orientação correta. A gente faz as básicas que a gente sabe, mas assim uma dieta mais elaborada, uma hipercalórica, a gente já tem uma dificuldade enorme quanto a isso (Entrevistado 21, menor IDHM).*

*Eu não tenho como tratar uma hipertensão, diabetes, obesidade infantil ou juvenil, eu não tenho como trabalhar com qualquer grupo que a gente queira trabalhar hoje sem o nutricionista, que por não termos, causa uma deficiência muito grande no município (Entrevistada 5, maior IDHM).*

É importante registrar também que são atribuídas à nutricionista demandas emergenciais, predominando uma visão limitada do papel que caberia a esse profissional em termos de planejamento e gestão de ações de alimentação e nutrição a serem realizadas por toda a equipe de saúde e também pelo próprio profissional em relação ao que lhe cabe em termos de atribuições. Em relação às demandas da área de alimentação e nutrição, os entrevistados e as entrevistadas relatam uma organização da atenção nutricional diferenciada, que conta com outros profissionais de saúde, áreas e instâncias diversas que dialogam com o serviço de saúde:

*Ele que faz os dados [digitador de sistemas de informação]. É por esse SISVAN que eu digo que ele repassa, se tiver algum baixo peso. E quando ele não repassa a própria agente comunitária que quando vai fazer a pesagem, porque a pesagem também é feita com parceria com da pastoral. Tem alguns bairros que tem a pastoral da Criança e do Adolescente, daí eles já fazem geralmente junto com a Pastoral. Daí ou o agente de saúde, ou a pastoral mesmo, ou o [digitador] mesmo, quando ninguém passou para gente, um dos três passa a questão da criança (Entrevistado 16).*

De acordo com a PNAN, cabe aos gestores do SUS, nas diferentes esferas, promover a implementação da política mediante parcerias interinstitucionais a fim de possibilitar a convergência entre os Planos de Saúde e os planos de SAN. É necessário gerenciar, com base na realidade organizacional que se apresenta, estratégias que possibilitem a implementação e monitoramento das ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013a).

A partir da necessidade de descrever as ações de alimentação e nutrição que deveriam ser realizadas no âmbito do serviço de saúde, conferindo uma organização e institucionalidade a essa temática foi elaborado um documento intitulado Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília. Publicado em 2009 em parceria com o Ministério da Saúde; o documento elenca ações prioritárias, algumas delas privativas do conhecimento técnico da formação da nutricionista e outras atribuições que devem ser compartilhadas entre os diversos membros da equipe. A matriz evidencia que o nutricionista poderá assumir o papel de profissional referência para desenvolvimento das ações, entretanto não institui uma obrigatoriedade (BRASIL, 2009a).

A existência de uma gestão de ações de alimentação e nutrição no âmbito do serviço de saúde tem se mostrado incipiente segundo uma análise da publicação da Matriz (2009a), sendo que atualmente existem poucas pesquisas e referências que se remetem a esse campo de atuação, um dos mais importantes no sentido da obtenção da efetividade necessária por parte do serviço. Torna-se fundamental que o SUS avance no planejamento e na gestão adequada da área de alimentação e nutrição, visando o processo de trabalho e a busca dos resultados necessários no nível municipal, estadual e nacional para o enfrentamento do complexo perfil nutricional apresentado pela população brasileira realizando o que cabe ao setor saúde.

De acordo com o conteúdo da Matriz as ações de gestão:

[...] envolvem o estabelecimento de diretrizes para a coordenação e a gestão municipal das ações de alimentação e nutrição, bem como o planejamento e organização das ações de atenção e cuidado nutricional em consonância com aquelas diretrizes e com as demais normas emanadas pelos gestores nacional, estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2009a).

Ao se inserir dentro do campo da gestão, cabe ao gestor de Nutrição apropriar-se dos instrumentos de planejamento e organização do SUS, sendo esta uma das instâncias na qual a PNAN se consolida.

Há um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis para a área de alimentação e nutrição, quando se investe na formação de profissionais de saúde em gestão de sistemas públicos de saúde, a fim de qualificar o cuidado e atenção nutricional. A compreensão das estratégias e instrumentos de financiamento, planejamento, orçamento do SUS é importante para que ocorra a uma atuação resolutiva na implementação e adequação de serviços de saúde (BRASIL, 2011b; ROLIM et al., 2015).

Em município de maior IDHM, a ausência de uma coordenação na área específica da nutrição e na assistência foi trazida como uma dificuldade:

*Mas assim, eu sou bem sincera [...] hoje nós somos bem deficientes mesmo sabe, porque nós sabemos, que você tem que ter um núcleo específico desse cuidado, você tem que ter esse profissional que acompanhe as equipes, que trabalhe junto com a população, que esteja à frente desse trabalho, não como algo de preencher protocolo, mas de efetivamente estar atuando dentro dessas equipes, dando suporte e isso hoje não acontece, nós não temos um nutricionista dentro da Saúde (Entrevistada 4).*

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou o caderno intitulado Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção de Saúde na Atenção Básica, com o intuito de subsidiar profissionais e gestores que atuam na coordenação de programas e ações no nível municipal com enfoque para promoção da saúde e atenção nutricional. O documento descreve resumidamente as políticas relacionadas ao tema, uma série de estratégias e bases legais de programas federais e representa um avanço em relação à divulgação do campo da gestão, a fim de instrumentalizar gestores sobre

atribuições e responsabilidades relacionadas à implementação dessas políticas (BRASIL, 2017c).

Sem um profissional que esteja atento às necessidades alimentares e nutricionais da população, considerando a realidade municipal e estadual como um todo, o resultado se reduz a um enfoque prioritário em ações emergenciais e curativas, que sobrepõe ações de promoção à saúde e prevenção das doenças, outra dificuldade que emergiu das falas do grupo de menor IDHM:

*Mas eu acho que falta muito ainda a prevenção, a promoção da alimentação. Isso daí que está bonitinho na política [risada], mas talvez a gente não consiga implementar ainda muito bem, por isso que demanda pra fila de espera fica grande, porque a gente não tá agindo na prevenção, na promoção da alimentação saudável, enfim (Entrevistada 12).*

*Então assim, eles [referente à gestão municipal] querem mostrar mais o tratamento do que a prevenção. Trabalhar com a prevenção para eu chegar no tratamento. “Ah! Tratamento é para pessoa que está precisando daquilo” “Ai, tudo bem!” Agora para fazer promoção, prevenção para não chegar no tratamento, eu acredito que isso é a maior falha assim, tudo é um tapa buraco (Entrevistada 13).*

As falas evocam dificuldades no desenvolvimento das ações de promoção de saúde que têm como causa a visão sob a perspectiva biomédica de saúde e tem como uma de suas consequências o aumento de demanda e filas de espera. Entretanto é importante fazer uma diferenciação do que se compreende por prevenção das doenças e promoção da saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde não trata os dois conceitos de maneira complementar como surgem em diversas falas, pois enquanto a ideia de prevenção traz uma lógica mais voltada para modelo de Atenção à Saúde antigo destinado à detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco das doenças, a promoção da saúde busca uma reorientação do modelo de atenção à saúde com protagonismo dos sujeitos e inclusão de estratégias intersetoriais e políticas saudáveis pautadas na intervenção sobre os processos de determinação da saúde (BUSS, 2003; BRASIL, 2010b).

Um estudo descritivo analisou práticas educativas de promoção da saúde realizadas na Atenção Básica em Minas Gerais e verificou que as mesmas superaram a abordagem focada na doença, representando um avanço em relação ao modelo tradicional curativista. Entretanto concluiu que a maioria delas



atendeu de forma parcial e incipiente os princípios importantes da promoção da saúde, tais como o fortalecimento da autonomia da gestão do cuidado, da participação social mediante a abordagem dialógica de ensino (CARNEIRO et al., 2012).

Há ainda uma dificuldade evidente dos profissionais de saúde em assumir uma abordagem que integre os princípios de promoção da saúde, uma vez que os modelos de formação ainda limitam a prática profissional nessa perspectiva e tornam o processo de reconstrução de uma nova lógica mais morosa e difícil.

Mendes, Fernandes e Sacardo (2016) a partir de um ensaio sobre as diferentes abordagens de promoção da saúde, convidam os profissionais de saúde a olharem e repensarem modos de construção de promoção de saúde que sejam inovadoras, afastando-se de modelos antigos estabelecidos, a partir da reflexão sobre a realidade que se apresenta.

O conhecimento sobre a política que norteia as ações de alimentação e nutrição é imprescindível para o alcance dos objetivos propostos pela gestão municipal. Quando questionadas e questionados sobre o conhecimento e leitura da PNAN, entrevistados e entrevistadas de municípios de menor e maior IDHM, tanto gestores quanto nutricionistas, afirmaram:

*Sim. A PNAN. É...uma olhadela [risada]. Não profundo, mas já sim, já vi sim (Entrevistada 12, menor IDHM).*

*Eu vi alguma coisa assim sobre a PNAN sabe? (Entrevistado 17, menor IDHM).*

*Sim. Já. (Entrevistada 13, menor IDHM).*

*Assim, eu profundamente não li, mas eu sei qual que é a importância, qual que é, dentro da Atenção Básica, dentro da Saúde, da própria saúde da população a própria questão da alimentação. Quanto ao PNAN assim, eu li pouco (Entrevistado 17, menor IDHM).*

*Já li sim, duas vezes. Mas você não vai perguntar, porque eu não lembro [risada]. Mas eu já li (Entrevistada 19, menor IDHM).*

*Conheço, conheço [risada]. Sim, conheço de cabo a rabo [risada] (Entrevistada 2, maior IDHM).*

*Sim, sim, sim, sim. Não integralmente. Rapidamente (Entrevistado 1, maior IDHM)*

*Sim. Dei aquela "lidinha" básica assim né? (Entrevistada 3, maior IDHM)*

*Conheço. Eu uso pouco, mas já dei uma lida* (Entrevistada 8, maior IDHM).

*Conheço. Ouvir falar, é claro que não a fundo. No trabalho de saúde, é obviamente não tem toda hora esse tema. Não [referente a pergunta se já fez a leitura]. Porque como tem essa questão técnica eu acho que a gente deveria ter lido, eu acho, pelo menos eu vejo isso como falha. De repente eu deveria ter lido uma coisa mais a fundo sobre isso* (Entrevistado 20, menor IDH).

Torna-se bastante evidente que os entrevistados e as entrevistadas têm ciência sobre a existência da política e sua relevância na gestão de alimentação e nutrição. Entretanto fica perceptível também que este conhecimento é superficial, e muitas vezes se limita ao fato de “saber que existe”, não havendo uma utilização do documento que contribuía para sua prática efetiva. Somente duas gestoras, ambas nutricionistas, uma de município de menor IDHM e outra de maior IDHM, afirmaram com segurança que já haviam realizado a leitura atenta da PNAN na íntegra e relacionaram as ações desenvolvidas em seu município com as diretrizes estabelecidas na Política. Tal resultado demonstra ainda uma compreensão muito pontual sobre a política que tem desdobramentos importantes relacionados à gestão dessa área.

O resultado apresentado se aproxima do encontrado por pesquisa realizada pelo CFN em 2016, com amostra de 1.104 nutricionistas. Dentre os instrumentos utilizados para a prática profissional, somente 22,2% afirmaram ter muito conhecimento sobre a PNAN, enquanto que 74,2% afirmaram conhecer pouco ou razoavelmente este instrumento e 3,6% assumiram não conhecer (CFN, 2016). Mesmo passados 20 anos da primeira edição da política serão necessários muitos avanços em relação à utilização desse marco legal na prática do nutricionista e da nutricionista e à discussão adequada no âmbito da formação acadêmica.

Um olhar mais criterioso sobre os modelos de formação do nutricionista tem levantado críticas ao se constatar que historicamente tem havido uma ênfase maior no ensino das ciências biológicas nos cursos de graduação, em detrimento de uma formação que contemplasse adequadamente a importância das ciências sociais (BOOG, 2008).

É importante salientar que não há interesse em culpabilizar gestores, gestoras e profissionais pelo desconhecimento aprofundado em torno da política,

mas sim desenvolver olhar crítico em relação ao acesso dos mesmos a esse conteúdo, a apropriação das diretrizes e princípios para nortear a realização de seus planejamentos no processo de gestão da política, a ausência ou efetividade de propostas de educação permanente ofertadas para estes e estas profissionais, além de refletir sobre as consequências desse cenário na realidade da gestão de ações de alimentação e nutrição.

Apropriar-se dos princípios, diretrizes e objetivos de política, a partir da compreensão das responsabilidades que cabem a cada ator é imprescindível para que haja implementação da política e que se utilizem instrumentos de controle, monitoramento e avaliação das ações para que se cumpram os propósitos estabelecidos para a gestão municipal.

#### 4.2.5 O perfil da população e suas condições de vida

A questão da vulnerabilidade da população atendida pelo serviço de saúde e seu impacto na saúde foram aspectos elencados por gestores tanto de municípios de menor IDHM, quanto de maior IDHM como dificuldade:

*50% da população nossa é cadastrada no CAD Único. Então é uma população bastante vulnerável. Então por um lado você tem fatores, é o fator social é muito impactante aqui no município. Todos os condicionantes da saúde são bem evidentes aqui, por exemplo, acesso à educação, o índice de analfabetismo é um dos maiores da região, e do Brasil. O índice de pobreza também. Então todos esses fatores impactam diretamente na saúde dessas pessoas (Entrevistada 9).*

Em municípios de menor grau de urbanização, surgiram dificuldades relacionadas à realidade rural do território. Em municípios de menor IDHM a inviabilidade de acesso da população aos sistemas de saúde devido longas distâncias e grande extensão territorial, qualidade das estradas e inviabilidade dos meios de transporte foi pautada:

*Você imaginou. Você veio numa rodovia Estadual, sem pavimentação, 70Km aqui. Você imaginou como que é o interior do município, fora essa PR estadual? O município faz um trabalho legal fora a PR, faz o máximo possível diante da situação para manter essa rodovia municipal em ótima condição. Tanto que chove bastante e o transporte escolar, um exemplo, não para, continua. Mas isso é um agravante também. Porque aqui não tem transporte também do interior para o*

*município, não tem o ônibus que vai lá no tal bairro e vem para Sede. Eles normalmente dependem de carona, entendeu? Eu não tenho hoje um efetivo suficiente para ir então até eles. É limitado também, eles são limitados para vir, em questão de transporte e nós somos limitados em questão de pessoal para ir até eles. Então essa é uma das principais dificuldades que eu vejo no município em si. Tudo que se resume a estradas (Entrevistado 20).*

Somado a isso, há as questões geográficas relacionadas a municípios limítrofes do estado. A dificuldade de acesso a um grupo de povos e comunidades tradicionais foi trazido nesse contexto:

*é o município que mais tem comunidades quilombolas, até por sinal, é a dificuldade nossa de atender eles, porque a gente é muito cobrado por conta desse grupo e três comunidades inclusive estão naquele local que eu falei pra você que a gente tem que sair aqui por São Paulo, dar a volta lá, acho que dá 140Km. A nossa equipe vai lá 2 vezes por mês, a gente pega o carro, sai por aqui. Eles saem 5 da manhã, vão lá, atendem o pessoal e por 5, 6 horas estão de volta. Duas vezes por mês. E atende em parte, porque claro que é insuficiente. Duas vezes por mês, uma comunidade bem distante, então não consegue fazer um trabalho bom (Entrevistado 15).*

Ao analisar as características de acesso à saúde de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, Aragão (2014) verificou que a distância geográfica interferiu no acesso à saúde desse grupo e também que a distância entre a residência e a Unidade de Saúde foi uma questão significativa na frequência de atendimentos e na priorização de conhecimentos não tradicionais para tratar doenças manifestadas. O governo, a fim de garantir acesso aos direitos desse grupo lançou em 2004 o Programa Brasil Quilombola que em parceria com o Ministério da Saúde visava beneficiar municípios que atuam nesses territórios para implantação de eSF que atenda às necessidades dessa população (BRASIL, 2013d).

Considerar a cultura de povos e comunidades tradicionais, bem como da população rural ou urbana é imprescindível para possibilitar o alcance das ações em saúde. Entretanto o que se observa na fala de entrevistados e entrevistadas de alguns municípios de menor IDHM é a visão da cultura como barreira:

*[...] o cultural é muito difícil você mudar a cultura das pessoas, então lá, por ser interior, tem muita gente que não tem muito estudo, então eles vão muito do que era feito, de como eram as coisas, então o médico fala uma coisa "AMÉM, e não adianta que você é nutricionista e daí? Mas o médico falou, o médico prescreveu, tá aqui ó". Entendeu? Então, mas a gente só vai mudar a cabeça das pessoas com as ações*

*e a gente só vai conseguir fazer as ações se as equipes ajudarem (Entrevistada 19).*

Na fala acima apresentada são evidenciados como dificuldades os aspectos culturais, a baixa escolaridade e a valorização de certas categorias profissionais por parte da população em detrimento de outras. Apesar desses desafios, as falas trazem um reconhecimento de que a partir das ações desenvolvidas pelo trabalho em equipe é que pode haver mudança desse cenário.

O desafio também envolve a expectativa da comunidade sobre o serviço de saúde:

*Porque a população ela entra na situação somente da consulta imediata, na necessidade de “Eu quero ser atendido”. Porque se gerou uma tradição de somente o que cura é a consulta. E a gente entra nesses dois pontos (Entrevistada 4, maior IDHM).*

*[...] por ser município pequeno assim, a população nossa, o que que ele pensa da saúde? Ele quer o que? Ele quer o médico na Unidade de Saúde e ele quer o remédio na farmácia. Ele não sabe o que que envolve isso, ele não sabe, não divulga, tem que divulgar o que que é um NASF, o que que é um programa diferente que faça, uma luta contra o tabagismo uma vigilância em saúde, ele não sabe disso. Para ele só interessa médico e remédio, então a gente está tentando quebrar a barreira devagarzinho, fazendo isso na nossa comunidade (Entrevistado 17, menor IDHM).*

As falas acima, de entrevistas realizadas em municípios de maior e menor IDHM refletem um desafio de superar uma visão fundamentada em princípios do modelo de atenção à saúde biomédico, arraigados nas práticas profissionais atuais e na compreensão de grande parte da população. Conforme é visível na segunda fala, a população passará a compreender novas estratégias a partir da vivência com novas ações desenvolvidas. As abordagens diferenciadas e a criação de espaços de diálogo que possibilitem a construção conjunta do serviço de saúde, tais como espaços de controle social são imprescindíveis para contribuir com a mudança dessa percepção.

A adesão da população à novas estratégias oferecidas pelo serviço de saúde ainda é muito baixa, conforme consta em falas de profissionais de menor e maior IDHM:

*[...] uma certa resistência por parte, digo da população, ou de alguns profissionais que não fazem parte do grupo, a população nossa é uma população assim, politicamente mal acostumada. Então até a gente colocar na cabeça que o trabalho coletivo é importante, que você vai fazer uma palestra importante, que escutar a orientação desse profissional de saúde é importante porque ele é conhecedor do que fala (Entrevistado 17).*

Por outro lado, uma das falas ressalta a dificuldade que o serviço tem em adaptar-se às condições de vida da população, o que pode ser visto como um impeditivo para garantia de acesso:

*Então nós, de Saúde Pública a gente precisa se reinventar, fazer dar tempo, você abre a tua Unidade das 8:00 às 17:00 que é o horário comercial, por causa de questões de logística, de ônibus, de acesso, também para os trabalhadores, questão de escola, de todo um contexto de vida (Entrevistada 6).*

Os entrevistados destacaram como dificuldade para as equipes de saúde, apesar de seus esforços em buscar garantir a promoção de saúde, a falta de auto-cuidado e dificuldade da população assumir sua responsabilidade sobre sua saúde. Tais falas ficaram mais evidentes em municípios de maior IDHM:

*Eu acho que essa questão do auto-cuidado também é uma coisa que influencia bastante. As pessoas, elas acabam não vindo para o tratamento, esperando que se ela entra em tratamento ela vai conseguir uma coisa milagrosa. A vezes não é aquilo que ela quer, tem um trabalho a ser feito, então a pessoa acaba desistindo, então o auto-cuidado eu vejo que é uma coisa que atrapalha bastante (Entrevistada 3).*

*Nós temos uma equipe muito boa, a equipe que trabalha dentro da Atenção Básica, falando de Atenção Básica eles são extremamente voltados àquilo que eles fazem, mas nós estamos bem desgastados com essa situação do fazer, fazer e a população não tomar ciência de que ela precisa assumir a parcela dela de responsabilidade dentro desse processo, sabe? (Entrevistada 4).*

Responsabilizar a população pelo insucesso das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde é uma prática muito frequente e que remonta um processo histórico. Segundo Marcondes (2004), mesmo após o amplo debate sobre a saúde como direito de todos a partir da Declaração de Alma-Ata e das conferências internacionais, as propostas visando promoção de saúde correram o risco de legitimarem somente o modelo neoliberal de globalização do Estado

acompanhado de falas sobre a culpabilização da população sobre a falta de autocuidado:

Estas ponderações, muitas delas feitas na própria saúde pública, por um lado, favoreceram a manutenção do espírito crítico sobre a promoção mas, por outro, também possibilita leituras distorcidas e preconceituosas sobre a importância da qualidade de vida, do fortalecimento das habilidades pessoais e do reforço da ação comunitária como se estivessem sempre desvinculadas do modelo dos determinantes sociais da saúde (MARCONDES, 2004, p. 12).

O autor sugere que para o enfrentamento desses desafios e adequação ao campo de promoção de saúde, é necessário o fortalecimento da participação social em saúde, mediante os conselhos regulamentados no próprio SUS, envolvendo a comunidade nos processos decisórios que impactam em suas condições de vida (MARCONDES, 2004).

No campo da Nutrição, a nutricionista ao atuar com a comunidade deve estar ciente de seu papel quanto à educação nutricional, atuação esta que não se resume ao simples informar e instrumentalizar os indivíduos com conhecimentos específicos da área, mas que perpassa uma construção conjunta e dialógica de saberes a partir da realidade vivenciada pela população, considerando o conceito de determinação social da saúde, a compreensão de vários aspectos interpessoais e subjetivos que constituem o comportamento e a cultura alimentar, além da consideração dos aspectos estruturantes da formação social e econômica do país, como a condição econômica e a desigualdade social. A partir dessa perspectiva atual, atuar tecnicamente mas também politicamente para a construção conjunta de uma cidadania alimentar que seja resultado de uma sociedade sustentável, solidária e saudável (BOOG, 2008; BREILH, 2010).

#### 4.2.6 A operacionalização do cuidado e suas limitações

A descontinuidade dos processos de cuidado na Atenção Básica, foi outra dificuldade que emergiu nas falas de entrevistados de municípios de maior IDHM:

*Então vamos dizer assim que teve três crianças com baixo peso ou alguém com baixo peso. Então tem que ver quem são essas pessoas,*

*fazer uma busca ativa, esse é meu pensamento. Quem são essas três crianças? Vamos ver o endereço, vamos fazer uma visita, fazer uma busca ativa. Trazer a pessoa para saúde, para unidade. Então fica o número e não se vê continuidade. Falta mais participação, mais ter interesse talvez (Entrevistado 7).*

As causas para a descontinuidade do cuidado segundo entrevistados e entrevistadas são a falta dos profissionais se envolverem com os cuidados integrais das famílias, a rotatividade de profissionais, especialmente os comissionados, e a falta de transição adequada entre profissionais quando há mudança de gestão:

*E eu disse assim, “pessoal não é discriminar, todo mundo precisa trabalhar mas existe funções que não dá pra ser colocado com o comissionado”. Porque o comissionado ele sai e se perde no meio do caminho e foi o que aconteceu. Muito aconteceu de estar ali, estar funcionando e daqui a pouco cadê o cara? Ah! O cara é comissionado e teve que sair e não tem ninguém para preencher. Eu tenho ideia de que seja um efetivo, porque um efetivo dá continuidade não se perde no meio do caminho (Entrevistado 7).*

*É porque tinha uma coordenadora anterior e ela foi embora com o marido [...] e a gente ficou meio sem saber por que era ela que só cuidava do programa, por falta de recursos humanos mesmo. E ninguém sabia, e quando a gente começou a ser cobrado [...], aí que a gente foi entender que tinha um programa, tinha um cadastro (Entrevistada 5).*

Na operacionalização do cuidado e da assistência à saúde os profissionais e as profissionais de saúde encontram inúmeros desafios relacionados à organização do sistema. Primeiramente entrevistadas elencaram a baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família e alta rotatividade de recursos humanos de uma maneira geral, conforme discutido em tópico anterior:

*A gente não tem pessoal para trabalhar, talvez o certo seria antes de chegar numa situação desesperadora a gente já estar trabalhando, mas por falta de gente, a gente não consegue cobrir toda essa demanda que a gente tem hoje (Entrevistada 5, maior IDHM).*

*[...] eu sinto falta mesmo do acompanhamento. Do acompanhamento das crianças do Bolsa Família que vão fazer peso ali. Porque assim, não tem enfermeiro, não tem auxiliar [de enfermagem] e não tem nutricionista (Entrevistada 18, menor IDHM).*

Em seguida evidenciou-se a necessidade de estabelecer maior contato com a atenção especializada:



*Eu penso que a gente faz, mas que talvez um contato mais próximo da atenção especializada. Hoje nós não temos também muitos prestadores de atenção especializada, mas a atenção especializada do município mesmo, como um todo, até para eles conhecerem o que é o SUS e quando eles encaminharem, saberem o que podem esperar. E a gente também quando mandar para eles também, mandar de uma forma qualificada. Talvez o grande desafio seria um contato maior com a atenção especializada. Nós temos em parte, mas acho que isso teria que ser afinado (Entrevistada 2).*

*Então, é claro, os nossos profissionais da rede não prescrevem, mas os profissionais pediatras e dentro dos hospitais prescrevem. Aí ele chega no município, e isso vai em desencontro daquilo que a nossa equipe fez toda uma preparação no pré-natal, no aleitamento materno, ela vai pra dentro de um hospital e o próprio pediatra prescreve uma fórmula que desmonta tudo o que... porque é o “deus que está falando” [risada] (Entrevistada 9).*

A RAS é “definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão” na busca por garantia da integralidade do cuidado. A integração sistêmica de ações e serviços prestados a indivíduos, com garantia de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada é objetivo principal das RAS (BRASIL, 2010d).

Assim, a referência e contrarreferência é imprescindível para garantia de cuidado, uma vez que a Atenção Básica é a ordenadora desse processo. Quando não há comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede, observa-se fragilidade das ações desenvolvidas nas Unidades de Atenção Básica, conforme destacado nas entrevistas.

Nas entrevistas em municípios de maior IDHM surge como dificuldade a falta de integração dos sistemas de saúde e em municípios de menor IDHM a dificuldade que os profissionais encontram no manejo dos sistemas de informação de saúde:

*Onde eu vejo a falha quando eu trabalho com um DATASUS e eu não consigo trabalhar com ele, com esse programa, eu chego e fico assim, cara não é possível. [...]”. Então eu vejo muita falha, de Estado e governo mesmo (Entrevistado 7, maior IDHM).*

*Porque todo mundo sabe digitar, o problema é que você não sabe onde está um ícone e outro, você não sabe que informação que pode ter ou não pode (Entrevistado 20, menor IDHM).*

Sistemas de informação têm a potencialidade de reduzir custos e possibilitar a implantação da gestão clínica nas organizações de saúde, facilitando os registros de referência e contrarreferência, bem como seu acesso. É evidente que não há como oferecer serviço de qualidade sem sistemas de informação efetivos e eficazes (PENA et al., 2019).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de nova perspectiva em relação ao sistema de saúde envolvendo o modelo de Atenção e as RAS, conforme mencionado por entrevistados e entrevistadas de municípios com maior IDHM, sendo este um dos maiores desafios para implementação de ações de alimentação e nutrição:

*Talvez o entendimento[...] de que a gente tem que mudar a página em relação a construção do sistema. Investimento em prevenção e promoção e tirar o enfoque do profissional médico como centro do sistema. Ter outras áreas participando das decisões clínicas, participando da gestão, participando da tomada de, de soluções ali em relação aos encaminhamentos dos pacientes. Essas duas coisas elas são ainda bastante presentes. Não só no município [cita o município], eu acho que no SUS de uma forma geral. A gente está muito vinculado ao profissional médico, mas nós precisamos que os outros profissionais ganhem espaço nessa discussão, ganhem potência nessa discussão, vocalização (Entrevistado 1).*

Sugere-se no relato acima, que a mudança em relação ao sistema de saúde, tenha como base o envolvimento de outras áreas da saúde, além da área médica, em posições de gestão e tomada de decisão. Dessa maneira há a possibilidade da contribuição de profissionais com diferentes olhares e vivências na saúde, envolverem aspectos diversos que refletem a complexidade dos processos de determinação social da saúde e da doença. Mas além disso, conforme já mencionado há necessidade de reorientação do sistema de saúde para a promoção da saúde e a substituição do paradigma biomédico e hospitalocêntrico.

#### 4.2.7 Questões político-partidárias

Um dos entraves relevantes apontados por entrevistados e entrevistadas dos dois grupos de IDHM, consiste na influência político partidária que se sobrepõe às decisões técnicas da gestão.

*Que a interferência política, atrapalha bastante. Onde se a mulher não quer amamentar, um gestor vai lá e compra os leites, dá um jeito e nós que trabalhamos, sabemos qual a dificuldade de fazer a mãe entender a importância do leite. Então todo seu trabalho é jogado no lixo (Entrevistada 18).*

*Então, dessas dificuldades que a gente tem bastante, essas interferências, as vezes até interferência política com relação a situações mesmo não se enquadrando no nosso protocolo (Entrevistada 10).*

*Eu pego muito pelo trabalho no sentido da gente promover, fazer promoção em saúde, sabe? Só que isso demanda um tempo. Ainda mais aqui, que, como falei para você, ano passado a gente teve dificuldades aqui, porque quem estava lá [gestão], era político. E quando é político, ele é aquele político que faz assim: abre a gavetinha e diz “o que que você quer?”. Não pode (Entrevistado 17).*

De acordo com as entrevistas as decisões tomadas com base em interesses pessoais ou partidários se tornam um entrave para o andamento das políticas e ações desenvolvidas, gerando desvalorização do profissional que atua no desenvolvimento de protocolos e diretrizes do cuidado.

De acordo com Jessop (1998 citado por DEUBEL, 2007) existem três elementos que limitam o “bom governo”, compreendido como uma estratégia para instaurar um governo eficiente e responsável. São eles as dinâmicas do capitalismo, a ampliação e multiplicação das instâncias governamentais tanto de coordenação quanto de negociação nos três entes federais e o desinteresse do governo em aceitar soluções que não correspondam a seus interesses.

Conforme discutido no referencial teórico a implementação das políticas está associada com o nível de discricionariedade dos “burocratas de rua”, aqueles profissionais que atuam diretamente com a população, mas também sobre influência de gestores e de políticos.

Enquanto os burocratas de alto escalão têm sua atenção voltada prioritariamente para fora do âmbito da administração pública (com predominância de envolvimento com políticos, imprensa etc.) os burocratas de médio escalão se dedicam à atividade administrativas e em uma variedade de atividades relacionadas ao seu envolvimento com as políticas públicas, como mobilização, articulação e sensibilização de outros atores. Entretanto, quando questões internas se tornam um problema externo, os burocratas de alto escalão tendem a se envolver, sendo que estes detêm “um espaço relativamente amplo

de decisão para burocratas de alto escalão no processo de formulação e implementação de políticas públicas” (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 145).

É nesse momento que as decisões podem ser tomadas a partir de interesses políticos partidários em detrimento de interesses públicos comuns. Segundo Lotta (2019) quando há mudanças expressivas de grupos políticos no governo de qualquer instância, há uma tendência em gerar mudanças significativas ou a própria rejeição de diretrizes anteriormente estabelecidas.

Os gestores, conhecidos como burocratas de médio escalão possuem uma especificidade sendo o grupo onde se apresenta a maior rotatividade e instabilidade. Isso acontece em função de estarem sujeitos a mudanças relacionadas aos ciclos eleitorais municipais quanto por serem submetidos a uma circulação interna intensa (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018). Por esse motivo muitas vezes ficam sujeitos a acatar demandas trazidas por superiores, sobrepondo as decisões técnicas de seu setor e equipe.

De acordo com Pires, Lotta e Oliveira (2018):

Assim, como realçaram autores das escolas mais diversas – por exemplo, Crozier ou Niskanen –, a burocracia não apenas é produzida por homens, mas também pode servir a seus interesses, na medida do poder que detêm (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 210).

Os interesses pessoais e profissionais, relacionados a qualquer um dos atores envolvidos no processo de implementação de uma política, exercem influência nos processos decisórios e sua repercussão na gestão municipal vai depender do nível de discricionariedade que detêm.

#### 4.2.8 A promoção da saúde e o papel do nutricionista na gestão

A estreita relação entre alimentação e promoção da saúde fica evidenciada na fala de gestor de município de maior IDHM:

*[...] a gente precisa ter ênfase e ampliar as questões relacionadas a promoção da saúde. Se nós conseguirmos desenvolver, é claro que isso não está restrito a Nutrição, nem está restrito só a saúde. Essa é uma questão muito intersetorial, mas nós temos que trabalhar cada vez mais, a política de saúde, ela precisa cada vez mais estar voltada para as questões da promoção. A gente investe basicamente em assistência, quando precisa e para mudar esse modelo a gente precisa*

*investir em promoção. E aí a alimentação, as questões relacionadas a nutrição tem um papel fundamental (Entrevistado 1).*

A PNAN evidencia a necessidade da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável em suas diretrizes, sendo essa uma das vertentes da Promoção à Saúde. Tal estratégia se constitui em uma maneira ampla de intervir nos condicionantes da determinação social, colaborando para que os indivíduos possam fazer escolhas alimentares saudáveis no território onde vivem (BRASIL, 2013a).

Em se tratando de uma das vertentes da Promoção da Saúde, a alimentação é um tema que tem relação com outras áreas e profissionais de saúde, uma vez que não se trata de temática exclusiva da atuação do nutricionista, mas sim de todo profissional saúde. A partir dessa compreensão e diante da falta do nutricionista em seu quadro de funcionários, alguns municípios de menor IDHM, dispõem de profissionais de outras áreas que buscam compreender a temática a fim de lidar com demandas emergenciais relacionadas a alimentação. Entretanto esbarram nas complexidades das demandas específicas:

*e eu acredito que a falta do profissional mesmo dentro da Secretaria faz falta. Porque esses programas direcionados deveriam ser para o profissional que está apto para fazer aquele trabalho, não nós... por exemplo eu, quando assumi, tive que ler muita coisa, que são coisas que a gente não tem a rotina, o hábito. E mesmo assim, as vezes sofro bastante ainda. Que as vezes a gente pega, as vezes vem aqueles pacientes que precisam de uma dieta hipercalórica, com sonda, daí a dificuldade é enorme" (Entrevistado 21).*

A sobrecarga dos profissionais de saúde é evidente em decorrência de falta e escassez de profissionais com formação específica, resultando em um acúmulo de atividades e atribuições.

Principalmente em municípios de menor IDHM, foi relatada como uma dificuldade, dispor de profissionais para irem para capacitações oferecidas pelo nível estadual sobre a PNAN e outros programas de alimentação e nutrição em Curitiba, devido sobrecarga de trabalho, pois o município fica com parte do território desassistido nesse período de ausência do profissional:

*Só que ela já cuida de muita coisa, entendeu? Ela está envolvida aqui com a gestante, na saúde da mulher, ela vai pra reuniões da violência da mulher, ela cuida também do preventivo, cuida das mamografias. Então fica muita coisa para ela, e acaba que cada programa desse ela tem que estar indo em reuniões. E acaba que ela está direto lá. E ela é enfermeira do outro postinho lá no sítio. Então, se você colocar muita responsabilidade para ela, ela acaba ficando em Curitiba. Então ela acaba indo uma semana para um evento, outra semana pra outro evento, daí tem o dia de atender lá no postinho, no outro dia é no outro bairro que eles se deslocam, a equipe sai de lá e vai pra outro bairro, então acaba sendo muito extenso pra uma pessoa só (Entrevistado 15).*

Nesses momentos torna-se evidente a falta de um profissional que atue nesse campo da alimentação e nutrição e preste assistência de forma direcionada, integrada com o serviço de saúde. Além da dificuldade de contratação desse profissional, conforme mencionado anteriormente, percebe-se que há um desconhecimento em relação a potencialidade do trabalho da Nutrição, especialmente nos municípios de menor IDHM, ainda que a nutricionista atue em conjunto com as equipes de saúde. Essa fragilidade se apresenta nas falas da coordenação da atenção básica, do responsável pelos programas de alimentação e nutrição e das nutricionistas, no que se refere à compreensão do papel da Nutrição na gestão municipal em geral, não limitado somente à gestão na Secretaria de Saúde:

*"Não vejo ainda que tenha um destaque assim, uma preocupação ainda em relação a parte nutricional, a parte da Nutrição e o trabalho que é feito. Ainda falta, talvez, ver o que a Nutrição realmente pode colaborar, dentro da saúde, dentro da qualidade de vida das pessoas. Então eu não vejo muito essa manifestação. Por exemplo, abre concurso público e chamaram uma [risada]. Com toda essa dificuldade que a gente tem, então a gente vê que ainda não tem uma credibilidade, ou talvez não tenha um conhecimento, talvez, da necessidade desse profissional pra aumentar o número de ações? E eu não vejo preocupação em outras secretarias, por exemplo a secretaria de Esporte poderia ter um profissional desse, da Nutrição, ou as vezes dentro da Assistência ter alguém da Nutrição e a gente não vê essa mobilização assim" (Entrevistada 12).*

Observou-se durante a pesquisa e a realização das entrevistas que, em municípios onde a gestão da secretaria de saúde valorizava a atuação das nutricionistas e compreendia o alcance das ações em torno da alimentação e nutrição, a atenção nutricional era melhor institucionalizada e sua organização configurava-se como mais abrangente, ainda que o número dessas profissionais

fosse reduzido. Tal aspecto será debatido de maneira mais aprofundada no capítulo sobre potencialidades da gestão de alimentação e nutrição.

A atuação da nutricionista na Saúde Coletiva é abrangente e complexa e sua competência está descrita na Resolução CFN nº 600/2018 onde consta que:

Compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições na área de Nutrição em Saúde Pública: organizar, coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de nutrição; prestar assistência dietoterápica e promover a educação alimentar e nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas, e em consultório de nutrição e dietética; atuar no controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios; participar de inspeções sanitárias (CFN, 2018, p. 28).

A área da nutrição em saúde coletiva subdivide-se em outras três grandes subáreas sendo a primeira de políticas e programas institucionais, a segunda a Atenção Básica em Saúde e a terceira Vigilância em Saúde. Dentro de cada uma dessas subáreas existe uma demanda ampliada de questões a serem desenvolvidas tanto na Gestão de Políticas e Programas intersetoriais como a PNSAN, na Atenção Básica de Saúde mediante gestão e cuidado nutricional, além de atuar na Vigilância em Saúde por meio da Gestão, da Vigilância Sanitária e Epidemiológica (CFN, 2018).

Os municípios participantes da pesquisa que possuíam nutricionista em seu quadro de funcionários, desenvolviam atividades de promoção, prevenção e promoção de saúde, relacionadas ou não à alimentação.

Foi possível perceber que a inserção da nutricionista no SUS, dá visibilidade às diversas áreas de atuação desse profissional e possibilita um novo olhar do gestor para as ações, políticas e programas de alimentação e nutrição.

Dentre os municípios participantes da pesquisa, todas as entrevistadas e entrevistados do grupo “Responsável pela maior parte dos programas de alimentação e nutrição” (4 enfermeiros ou enfermeiras, 3 nutricionistas e 1 auxiliar administrativo) tinham outras atribuições além da gestão de ações de alimentação e nutrição tais como Coordenação da Saúde da Criança, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Vigilância Epidemiológica e atuação em áreas de média e alta complexidade.

Os municípios que não contam com nutricionista demonstraram dificuldade de elencar os desafios que encontram para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição porque consideram a ausência da profissional um fato crucial. A fala abaixo expressa a compreensão do entrevistado em que este ou esta profissional seria aquele ou aquela que resolveria os problemas da alimentação e nutrição na saúde:

*Eu acho a falta de profissional. Se a gente tivesse profissional pra desenvolver, certamente não teria problema [...]. O problema é que não tem mesmo (Entrevistado 15).*

A presença atuante de profissional nutricionista nos municípios possibilitaria uma maior amplitude das ações e facilitaria a implementação da PNAN na assistência à saúde. Entretanto, seria importante haver uma compreensão de que a área da Nutrição de forma isolada, não é capaz de responder a todos os problemas relacionados à alimentação e solucioná-los no âmbito do SUS, pois a natureza complexa dos problemas nutricionais relacionados à alimentação e às condições gerais de vida, torna inviável que a solução se apresente a partir do olhar ou atuação restrita de uma só área. Para isso torna-se importante o olhar sobre a articulação com outros setores da administração pública municipal.

#### 4.2.9 A articulação intersetorial para a consolidação da segurança alimentar e nutricional

Quando questionados sobre a presença de programas e ações intersetoriais nos municípios de menor IDHM ficou evidente que existem lacunas relativas ao desenvolvimento de estratégias integradas que tratem o tema da alimentação considerando essa complexidade:

*A gente trabalha com aquilo que aparece, que chega para gente, não faz um trabalho específico. Então apareceu a demanda a gente vai e encaminha para onde que tem que encaminhar. Para assistente social, alguma coisa, nesse sentido. Mas não tem um trabalho específico para isso. Apareceu a demanda a gente vê o que é mais próximo daquilo e liga para o Secretário. “Faz alguma coisa pra mim?”. “Faço” “Então tá aqui!” É nessa linha que funciona. Não tem um projeto, um programa, apareceu ali já, pelo menos eu não vejo, que não é feito (Entrevistado 20).*



A intersetorialidade é definida na PNAN como “articulação entre diferente setores para enfrentar problemas complexos visando a superação da fragmentação política nas várias áreas onde são executadas” (BRASIL, 2013a, p. 72). Tal articulação deve efetivar-se não somente a partir da responsabilização de cada setor referente ao que lhe cabe, mas está para além disso, em estabelecer diálogos, parcerias e vínculos que promovam ações conjuntas e interrelacionadas. Tal ideia perpassa pela compreensão de que o alvo da atenção nutricional é um ser humano com necessidades individuais, inserido num processo coletivo e social, não fragmentado.

Uma das informantes-chave descreve o anseio de poder vislumbrar uma realidade de cuidado integrado entre diversos órgãos governamentais:

*Eu gostaria que quando lá na frente eu me aposentasse [...], eu gostaria de ver que a Rede está funcionando porque o meu usuário de Saúde é o usuário que está na escolinha, é o usuário que está no CRAS, no CREAS, é o usuário que vai frequentar o Esporte, Cultura, Lazer, é o mesmo usuário, é a mesma pessoa que precisa de todas as políticas públicas, então essa integração da Rede de Assistência, tem que ser mais comunicativa e tem que haver mais integração (Entrevistada 6).*

Quando há trabalho vinculado entre secretarias, a secretaria mais citada como parceira da saúde na temática da alimentação é a Secretaria de Educação, em decorrência da instituição da PNAE conforme mencionado anteriormente. O trabalho entre Saúde e Educação é o que tem apresentado maiores possibilidades de integração, sendo desenvolvidas ações conjuntas tanto dentro do ambiente escolar como fora dele, sendo o Programa de Saúde na Escola citado como um dos espaços que possibilita essa interlocução.

O PSE foi instituído mediante Decreto nº 6.286/2007 e tem como objetivo articular ações do SUS às ações da Rede de Atenção Básica de Educação, a fim de contribuir para a formação de alunos da rede pública, mediante estratégias de promoção, prevenção e atenção à saúde. A proposta apresentada inclui visitas periódicas das eSF no ambiente escolar para avaliação das condições de saúde dos educandos e possibilitar o atendimento à saúde dos mesmos, considerando as realidades locais (BRASIL, 2007a).

A escola é um espaço rico de convívio social, onde as crianças passam grande parte do tempo, o que possibilita uma amplitude do cuidado de um grupo

vulnerável e as ações vinculadas aos ambientes promotores da saúde, que deve ser foco de atenção à saúde, devido ao seu estado de intenso desenvolvimento físico, biológico e psicossocial.

Informantes-chave, tanto de municípios de menor IDHM quanto de maior IDHM relataram uma dificuldade de estabelecer estratégias e parcerias similares com outras secretarias afins da área de alimentação e nutrição:

*Que isso no município não tem muito, então muito individualização assim de Secretarias. Mas assim, com outra Secretaria [além da secretaria de Educação] que eu poderia estar utilizado, como por exemplo a Secretaria da Família que é melhor que o CRAS e o CREAS, para ter esses dados com área de vulnerabilidade, áreas de risco, nós não temos esse contato (Entrevistada 13, menor IDHM).*

*E aí entra numa questão junto, por exemplo, com as outras Secretarias com a Secretaria do Abastecimento ou, você fazer, aqui na nossa região por exemplo, não tem horta coletiva, essas hortas comunitárias, não tem. Então as vezes, nesse ponto a gente não consegue fazer (Entrevistada 3, maior IDHM).*

Conforme mencionado anteriormente, o SISAN é um sistema que considera a importância da participação social e da atuação governamental na construção conjunta de políticas de SAN e na sua implementação. O CONSEA constitui um espaço que possibilita a interação entre sociedade civil e gestores públicos acolhendo as demandas legítimas e contribuindo para a realização das ações de SAN numa perspectiva transversal (CONSEA, 2010).

Em município de menor IDHM o conselho atuante foi pontuado como um importante espaço de promoção da intersetorialidade:

*A principal Secretaria que auxilia no município é a Secretaria de Educação. Então assim, como são dois nutricionistas na Secretaria de Educação e só dois aqui, nós somos em quatro no total do município, a gente tem bastante parceria, então nós temos o COMSEA, nós temos o COMSEA bastante atuante no município, então o COMSEA ajuda também pra fazer essas ações (Entrevistada 14).*

Em outros municípios, até mesmo aqueles com maior IDHM, a instituição do COMSEA no município não foi suficiente para garantir a realização de estratégias intersetoriais:

*[...] a gente tem dificuldade bastante com a questão do COMSEA, a gente sabe que agora politicamente também tem. Mas a gente tinha*

*um COMSEA que era um pouquinho mais atuante, mas agora ele está um pouco, teve bastante saída das pessoas, então eu não estou agora mais no COMSEA [...]. Mas eu vejo que um pouquinho, a parte de Segurança Alimentar e Nutricional, acho que falta um pouco no município. Então a questão que a gente vê que é um município com extremamente baixa renda né (Entrevistada 10).*

As dificuldades que se apresentam nas instâncias democráticas participativas de uma maneira geral são a baixa representatividade e despreparo de conselheiros, manipulação de pautas pelos gestores, falta de publicização das discussões e pautas e baixa participação da população. Somado à isso, o COMSEA tem como especificidade a pouca inserção das discussões sobre SAN na sociedade e as dificuldades que se apresentam na articulação intersetorial (LABRA M.E., 2006; ROCHA et al., 2012).

Questões similares às supracitadas foram mencionadas por informante-chave:

*Então assim, eu vejo nossos controles sociais, nesse sentido de que onde a gente tem 50% de população usuária, tem 25% de trabalhadores, e 25% de prestadores, você acaba vendo que esse controle social, não só de âmbito municipal, eu digo, em arrisco falar, no controle estadual e no controle federal, acaba que vai virando de cunho pessoal e não começa a fazer escolhas para o bem coletivo e isso vai virando uma cascata de problemas (Entrevistada 6).*

Como mencionado por Rigon, Schmidt e Bógus (2016) a efetivação da intersetorialidade nas políticas públicas, sempre enfrentará obstáculos de origem política, além das questões administrativas, sendo fundamental o fortalecimento de espaços institucionais de participação social para que a intersetorialidade se efetive.

#### 4.2.10 A participação do nível federal e estadual na implementação da PNAN nos municípios do estudo

A atuação do estado e do governo federal é percebida de diversas maneiras pelos atores entrevistados dos municípios. Em uma das perspectivas citadas por entrevistado de município de maior IDHM, a redução do apoio financeiro na implementação da política é responsabilidade atribuída ao governo federal.

*Quanto mais o município se organiza sozinho, menos depende do governo estadual e do governo federal. É CLARO que a gente sempre briga por financiamento, essa é uma briga muito constante e porque o governo federal tem participado cada vez menos do orçamento da saúde. Então quando você pega historicamente, o governo federal investia 70% do recurso de gasto na saúde, hoje ele está investindo 40 e os municípios são responsáveis por 60, 70. Então, houve uma inversão em relação aos percentuais de gasto e a responsabilidade desse financiamento passou a ser muito mais municipal (Entrevistado 1).*

De acordo com Lei 8080/1190 é responsabilidade da direção nacional do SUS formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição. Aos estados compete coordenar e, em caráter complementar ao município, executar ações e serviços nessa temática (BRASIL, 1990).

A fim de assegurar o orçamento total no SUS de um município são atribuídas responsabilidades de financiamento ao governo federal, estadual e municipal. São estipulados valores mínimos de aplicação destes recursos de saúde, sendo para a União, valor mínimo referente ao montante de investimentos do ano anterior corrigido apenas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, para os Estados, 12% da receita tributária anual e para municípios 15% (BRASIL, 2012b).

O financiamento se apresenta como um dos grandes desafios ao fortalecimento do SUS. De acordo com Souza et al. (2019):

o conhecimento derivado das experiências de gestores e conselheiros de saúde, assim como a comparação entre países ou, no Brasil, entre o SUS e os planos e seguros de saúde não deixam dúvidas sobre a insuficiência dos recursos destinados ao sistema público de saúde (SOUZA et al., 2019, p. 2789).

Segundo os autores, para que haja uma viabilidade econômica no SUS é preciso vencer o modelo mercantilista que opera no modelo de atenção à saúde, com predominância de interesses comerciais em detrimento do direito público e das necessidades de saúde (SOUZA et al., 2019).

O que se tem observado é um repasse cada vez menor de verba do governo federal e estadual, sendo necessário a complementação com recursos próprios municipais, que resultam em sobrecarga orçamentária para o setor saúde:

*Infelizmente, assim, o que a gente tem visto é cortes, a nível nacional nas áreas de educação, saúde e assistência e o Estado não tem uma linha de financiamento nessas áreas (Entrevistada 9).*

A garantia de fonte de recursos federais para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição é descrito na PNAN como uma das responsabilidades federais, exercida pelo Ministério da Saúde. Diferente do proposto para estados e municípios que têm o papel de destinar recursos, cabe à União garantir financiamento.

Além disso, a União deve atuar na elaboração de planos de ação, avaliação e monitoramento de metas, prestar assessoria técnica e apoio institucional nos processos gerenciais dos programas e ações de alimentação e nutrição. Deve apoiar articulação de instituição para capacitação e educação permanente, prestar assessoria técnica a Estados e municípios na implementação de sistemas de informação dos programas afins, apoiar e realizar pesquisas estratégicas, promover articulação intersetorial e interinstitucional, apoiar processos de discussão nas redes de atenção e viabilizar parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais ou não governamentais (BRASIL, 2013a).

Entrevistados e entrevistadas de municípios de menor IDHM afirmam que há uma distância maior entre eles e o governo federal e que quando necessário se reportam ao governo estadual:

*A gente conversa mais com o Estado. Daí o nível federal se precisar, é eles mesmo que conversam. Eu nunca tive, a nível federal, conversa com ninguém sobre isso, ninguém tem o telefone. Eles falam com o Estado e o Estado fala com a gente (Entrevistado 16).*

Considerando que o Ministério da Saúde também precisa prestar assessoria técnica aos estados, distrito federal e municípios na implementação de sistemas de informação que contenham indicadores de alimentação e nutrição, seria importante que houvesse, ainda que minimamente um contato entre estes e gestores municipais.

É evidente que a organização em estados e regionais tem o intuito de direcionar a assistência aos municípios, dado ao fato que o país tem dimensões

continentais e realidades diversas. Em muitas falas ficou evidente que há a compreensão da distinção entre o papel do governo estadual e do governo federal:

*Onde que eu quero chegar com isso? Que não tem treinamento? Se eu chegar na regional agora e perguntar “Eu preciso de uma informação, sobre o DIGISUS”. Eles não vão saber me responder, porque eles também não tiveram treinamento por parte do Ministério da Saúde. Então isso acontece com todos os sistemas, inclusive o SISVAN. Que troca o sistema, e simplesmente joga na Rede, baixa faz download, preenche o sistema. E daí lá na frente acontece “Ah! [menciona o município] não tem produção!”. As vezes tentou, mas não conseguiu. Isso é de um modo geral. Do ministério eu vejo dessa forma. Eu acho que eles poderiam pelo menos fazer um fórum ou alguma coisa, para mostrar o sistema. Porque todo mundo sabe digitar, o problema é que você não sabe onde está um ícone e outro, você não sabe que informação que pode ter ou não pode. Então eles simplesmente jogam e partir de agora vai ser assim. Então é obvio que eles têm que treinar a Regional para a Regional treinar a gente, na ponta. Isso não existe no Ministério (Entrevistado 20).*

Na fala evidenciada acima, o gestor percebe uma atuação fragilizada do governo federal no sentido de prestar apoio técnico para os municípios relacionados aos sistemas de informação de alimentação e nutrição e isso tem reflexo direto na qualidade dos dados inseridos no sistema e das análises realizadas a partir dos mesmos.

Atualmente o Ministério da Saúde conta com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) que é a área responsável pela coordenação da PNAN e pela coordenação das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Básica. Além disso se articula com a PNSAN e a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO) (BRASIL, 2018d).

Em documento intitulado “Relatório de Gestão 2015-2018 – versão preliminar”, a CGAN cita os principais resultados alcançados nesse período e ao final elenca os desafios para avanço da agenda nos próximos anos. Neste documento constam algumas estratégias de Educação Permanente para Qualificação da Força de Trabalho que foram realizados nesse período com temáticas relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2018e).

Especificamente relacionado ao SISVAN, o relatório evidencia que desde o lançamento da versão 3.0 do sistema, em 2016, foram realizadas

algumas estratégias de apoio para orientar estados e municípios quanto ao uso do sistema e elenca: elaboração de manual operacional para utilização do SISVAN, veiculação de vídeos e tutoriais para uso das ferramentas, emissão de notas técnicas e publicações que orientam gestores e profissionais, manutenção de canais de comunicação para apoio técnico e realização de oficinas presenciais em Brasília, entre 2017 e 2018, para representantes de Estados e municípios (BRASIL, 2018e).

Uma das falas expressas também por representantes de municípios de menor IDHM aborda essa questão:

*Pode até existir um curso ou outro. Mas eles marcam lá no Rio de Janeiro, lá em Brasília, sabe e as vezes acaba sendo inviável para gente mandar alguém. Que a gente tem que entender também que como a gente tem dificuldade com profissional aqui, vai ficar sem profissional enfermeiro o Posto de Saúde, e pode fazer falta alguma coisa ou outra. Então eu prefiro aprender sozinho e ensinar mais alguém [risada]. Então, só que mesmo assim comete erro, porque a gente não sabe o sistema (Entrevistado 20).*

As longas distâncias das capacitações ofertadas pelo governo federal, são fatores limitantes de acesso para municípios menores, devido sua expressiva escassez de profissionais de saúde e inviabilidade da participação dos mesmos nesses eventos, o que os distancia ainda mais do acesso à informação.

Em municípios de maior IDHM, alguns entrevistados relatam uma participação pouco decisiva, enquanto outros percebem uma maior proximidade com o governo federal na temática de alimentação e nutrição, por vezes maior do que com o governo estadual:

*Olha, só tenho coisas boas para falar do governo federal. Eu lido muito com o Bolsa Família, no nível federal, mas com outras questões da nutrição, como a gente tem uma boa relação assim, por ser um município com sistema informatizado, tem especificidades, eles sempre nos atenderam. [...] eles até nos conhecem assim. [...] a nossa relação é até mais próxima do nível federal do que do nível estadual. E sempre assim, tanto que eles nos têm como referência também. Eles nos chamam para várias coisas, mas tudo que nós precisamos eles atendem também. E olha que eles têm que atender o Brasil inteiro. Eu acho impressionante assim, eu acho que é uma equipe muito boa que está lá no nível federal. Permaneceu, por enquanto agora, nesse governo, mas tudo que a gente precisou, principalmente por causa do sistema próprio, eles sempre nos apoiaram (Entrevistada 2).*

Sobre a qualificação da força de trabalho para o tema da alimentação e nutrição o relatório 2015-2018 cita que, na modalidade à distância, consta que foram ofertados cursos de pós graduação *lato sensu* em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, cursos pela plataforma UnaSUS e da Rede de Nutrição do SUS (Rede Nutri), um espaço de problematização, formulação e troca de experiências relacionadas à implementação da PNAN, criado em 2009. O desenvolvimento de materiais de apoio à qualificação de processos e práticas da RAS também é citado como uma das estratégias de qualificação da força de trabalho (BRASIL, 2018e).

Em nenhuma das entrevistas surgiu a utilização de estratégias de Educação à Distância (EAD) como instrumento de enfrentamento das dificuldades. Muitas vezes a estratégias de EAD é utilizada para viabilizar a participação de maior número de pessoas de vários contextos diversos, com disponibilidade de tempo restrito, entretanto o desconhecimento por parte dos profissionais sobre a utilização e divulgação desse instrumento demanda a necessidade de apoio mais individualizado e pessoal, sobretudo pelo governo de estado, considerando as especificidades locais.

Diante dos fatos e opiniões expressos sobre a atuação do governo federal em relação ao suporte para a área de alimentação e nutrição no nível local, percebe-se que há um distanciamento entre o que é realizado e o que é percebido pelos atores na Atenção Básica em municípios de menor porte e municípios de maior porte, sendo necessário refletir sobre o quanto esses modelos estão sendo efetivos e realmente alcançando o propósito para todos os envolvidos. As diversas realidades socioeconômicas e demográficas que se apresentam em um país de grandes dimensões como o Brasil, refletem na condição de saúde da população bem como nos modelos de organização da atenção nutricional e nos profissionais que compõem essa rede, sendo necessário investir ainda mais na regionalização e na responsabilização dos entes estaduais para alcance de municípios menores e com condições mais escassas de serviços e profissionais.

Assim como o governo federal, o governo estadual também agrega responsabilidades complementares à estas, para implementação da PNAN considerando seu território com suas especificidades. A percepção de gestores,



gestoras e nutricionistas sobre a atuação do governo do estado na implementação de ações de alimentação e nutrição, evidenciou algumas questões:

*O Estado, ele tem uma outra característica completamente diferente que deveria ser de financiar, deveria ser de dar diretrizes técnicas, deveria ser de apoiar tecnicamente os municípios, deveria ser de regular o sistema. Então são características diferentes. Eu vejo muito, hoje, nessa área, bastante fragilidade da participação do Estado em relação aos municípios. Não há diretrizes muito claras, não há nenhuma linha de financiamento para as ações de alimentação e nutrição. Então é um papel bastante incipiente de fortalecimento dos municípios (Entrevistado 1).*

Em todas as entrevistas houve unanimidade quanto à percepção sobre o papel incipiente do governo estadual no desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição.

No relatório anual de gestão de 2018, do Estado do Paraná, é possível perceber as diversas atividades que a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu no ano para educação permanente na temática de alimentação e nutrição. Estas englobam assessoria, apoio técnico e operacional às regionais e municípios, capacitações sobre os sistemas de monitoramento de alimentação nutrição tais como Bolsa Família e SISVAN. Especificamente para o SISVAN foi realizada uma capacitação para técnicos dos municípios onde participaram 35 pessoas e uma videoconferência sobre o Programa Leite das Crianças e SISVAN realizada para as 22 Regionais de Saúde, contando com a participação de 70 pessoas (PARANÁ, 2019b).

Apesar do relato de ações relacionadas às estratégias de Educação Permanente e apoio técnico prestado pelo governo estadual, uma dificuldade de acesso devido burocratização da comunicação foi mencionada:

*Mas nesse um ano e meio a gente tem certas dificuldades pra conversar também com estado de algumas situações, desde a parte do Programa do Leite a gente tem uma dificuldade, é sempre uma burocracia pra chegar até alguém que seja responsável, mesma coisa do Bolsa Família, é uma dificuldade muito grande pra ter alguém que tenha uma resposta. E é aquilo que eu falei no começo, eu vejo muito a situação com assim, vamos remediar a situação e não como é... fazer mesmo uma [...] prevenção... então eu não vejo o Estado muito atuante em relação a essas a ações não. É mais nível municipal mesmo (Entrevistada 14).*

O SISVAN deve ser considerado como sistema de geração de informação prioritário para o planejamento de estratégias e políticas de alimentação e nutrição e de SAN, em relação a outros sistemas de informação tais como o Bolsa Família. Mesmo nos municípios de menor IDHM é percebido que se tem esse apoio em se tratando de sistema de informação:

*[...] Nós temos apoio quando você tem alguma dificuldade em relação ao sistema, à programas que você tem o contato com o Estado, fora isso o Estado não te procura pra nada. Fora isso são relatórios obrigatórios, agora, que você vai falar assim, "Nossa, eu preciso do Estado para fazer essa ação", enfim nós não temos esse apoio [...]* (Entrevistada 13).

A falta de apoio para além da assistência técnica de sistema, a ausência de protocolos estaduais, a ênfase direcionada exclusivamente para cobrança e no cumprimento de metas e entrega de relatórios foram as características mais evidenciadas sobre a atuação do governo estadual:

*como eu ando muito na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) dos secretários, eu percebo que, pelo menos a nossa regional, eles dão mais ênfase em questão de metas, de epidemiologia e de vacina, basicamente seria isso* (Entrevistado 20).

*[...] Eu não vejo nada de apoio porque o Estado ele me cobra muito, o Estado me cobra, nos e-mails mesmo. Sempre ela está mandando lá, os e-mails, convidando para participar das reuniões, a moça lá da Regional. E eu tenho que descartar porque não tem ninguém para mandar. Mas eles, a única coisa que eles me fazem é me cobrar* (Entrevistado 15).

Assim, torna-se necessário repensar, a viabilidade de realização de capacitações descentralizadas para alcance dos objetivos propostos, de propostas construídas em parcerias com municípios a partir das metas e relatórios enviados, a grande extensão geográfica e o grande número de municípios que compõem o estado do Paraná, configuram como grandes desafios para trabalho do estado e regionais. Entretanto é necessário reestruturar a organização de apoio das regionais, para alcance dos municípios mais vulneráveis de maneira presencial, conhecer a realidade territorial, formar e capacitar profissionais em seu ambiente de trabalho, a fim de compreender as

realidades regionais e os desafios que se apresentam na operacionalização de estratégias, programas, ações e sistemas. A estratificação de municípios, com a priorização dos mais vulneráveis e de menor porte, pode ser uma estratégia de alcance real que otimize a organização da atenção nutricional, em se tratando da realidade do estado do Paraná.

A exposição dos resultados referentes aos desafios na gestão de alimentação e nutrição, revela algumas especificidades entre os grupos de maior e menor IDHM. Dentre os municípios de menor IDHM destacam-se a ausência de profissionais de saúde em geral, devido falta de concursos públicos, distância dos municípios com a capital, características territoriais e rurais próprias de municípios que compõem esse grupo. Essas questões refletem na dificuldade de contratação de nutricionista atuante na Atenção Básica, seja na gestão ou na assistência. Além disso, esse grupo elencou dificuldades pertinentes à população de seu território, relacionando as questões culturais, de transporte e grandes distâncias entre moradias e estabelecimentos de serviços de saúde, presentes especialmente em espaços rurais. Diante de inúmeras demandas referentes à área de alimentação e nutrição, a organização de fluxos de atenção à saúde envolvendo outros profissionais e setores torna-se estratégica para a organização da atenção nutricional nestes municípios.

Dentre os municípios de maior IDHM os desafios são relacionados à escassez de profissionais nutricionistas, de recursos financeiros, à burocratização de processos de compra e a descontinuidade dos processos de cuidado. Este último relacionado tanto com a alternância de gestores, com a falta de integração de sistemas de saúde, com a maneira como se organizam as redes de atenção à saúde, como com a falta de entendimento dos profissionais sobre os diversos aspectos condizentes com a Estratégia de Saúde da Família e os NASF. Neste grupo pontua-se a alta complexidade exigida no processo de cuidado na Atenção Básica e a necessidade de estreitar a relação com atenção especializada.

Ambos os grupos trouxeram em pauta a discussão sobre a limitação apresentada pela Lei de Responsabilidade Fiscal na contratação de mais profissionais de saúde, sobretudo de nutricionistas. O foco da atuação em saúde voltado para ações mais curativas e emergenciais foi trazido como um desafio pelos municípios em geral, reflexo também de uma expectativa da população

sobre os modelos de atenção à saúde. Ambos os grupos trouxeram a influência das questões político partidárias envolvidas nas decisões da gestão, bem como dificuldade de estabelecimento de parcerias intersetoriais estruturantes entre diversas secretarias afins ao tema de alimentação e nutrição.

O conhecimento sobre os desafios vivenciados por gestores e profissionais nutricionistas na gestão de alimentação e nutrição, no espaço territorial que compreende a RMC, é imprescindível para vislumbrar os fatores limitantes para a implementação da PNAN de maneira efetiva. Por esse motivo, torna-se muito importante, conhecer as potencialidades presentes nesse mesmo território, uma vez que podem ser estruturantes no desenvolvimento de estratégias para vencer os desafios aqui abordados.

### 4.3 POTENCIALIDADES NA GESTÃO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

#### 4.3.1 O papel estratégico da intersetorialidade

A intersetorialidade emergiu como a categoria êmica mais frequentemente mencionada pelos entrevistados dentre as potencialidades na gestão de ações de alimentação e nutrição em município de menor e maior IDHM.

*É uma outra coisa também é intersetorial mesmo. A gente tem uma boa relação com o pessoal da Educação, com o pessoal da Assistência. Que as vezes a gente vai fazer uma visita domiciliar, para um paciente que está lá num quadro de desnutrição. Então a gente aciona a assistência social, e eles também estão prontos a atender, então essa parte de comunicação Inter secretarias também funciona bacana assim, no município (Entrevistada 12, menor IDHM).*

*[...] a gente não tem muita dificuldade de abertura de secretarias, mas a que mais a gente envolve é a Educação, Assistência e Saúde. São as três secretarias que por ter muitas políticas públicas que trabalham com as três secretarias, então são geralmente essas três. As vezes uma situação que a gente precisa envolver a Cultura, Esporte e Lazer seja através de NASF que faz alguma ação ou aqui mesmo via secretaria, daí a gente faz. Mas, geralmente assim, tudo o que a gente solicita pra assistência dificilmente é negado, elas são bem acessíveis e nisso, eu acho que a parte intersetorial aqui ela é bem atuante. A gente não tem muita dificuldade (Entrevistada 10, maior IDHM).*

Em municípios de menor IDHM, as secretarias municipais mais citadas, em ordem decrescente, como parceiras no desenvolvimento das ações intersetoriais foram a Educação, Assistência Social e Agricultura e Meio Ambiente. As demandas locais de famílias e indivíduos, as atividades desenvolvidas em datas comemorativas, organização de conferências e realização de palestras estão dentre as atividades realizadas envolvendo tais secretarias.

Houve um reconhecimento por parte de um dos entrevistados desse grupo sobre as ações desenvolvidas por outras secretarias na temática da alimentação:

*A ação social trabalha um pouco disso, tem a questão dos profissionais de saúde principalmente Saúde do Idoso, fazem os encontros, também trabalham isso com o idoso. Com o pessoal da Agricultura também por conta dessa horta familiar, [...], produtos sem agrotóxico. Então eles sempre estão falando sobre isso. Não que a gente esteja junto com eles lá no momento, mas eu sei que tem as outras secretarias que trabalham isso também, a questão da alimentação saudável. E quando a gente pode, a gente dá um apoio porque as vezes eles pedem o apoio da saúde para alguma palestra, alguma coisa, daí a gente vai e faz a palestra (Entrevistado 16).*

A realização de ações estratégicas em datas comemorativas tais como o Dia Mundial da Alimentação, do Aleitamento Materno, entre outras, foi mencionada como potencialidade em municípios de menor IDHM:

*[...] mas que são só feitos na semana mundial da alimentação. Onde nós fazemos uma ação externa, em lugares estratégicos com maior movimento, [...] circulação de pessoas que é nossa principal aqui, que é onde tem o comércio do município (Entrevistada 13).*

Vale ressaltar a contribuição da realização de tais de ações, uma vez que fazem parte do processo de sensibilização para com a comunidade sobre temas estratégicos e de interesse para a área da nutrição em saúde pública e que envolvem mobilizações locais, nacionais e internacionais. A divulgação sobre serviços disponíveis no SUS e informações pertinentes à temática da alimentação e nutrição, bem como o compartilhar de vivências entre servidores e comunidade são importantes para favorecimento do diálogo de saberes e para a visibilidade e empoderamento da área a nutrição no contexto do serviço de saúde, em outros contextos institucionais e intersetoriais.

Em municípios de maior IDHM as parcerias mais citadas com a Secretaria de Saúde, envolvem as secretarias de Ação Social, Esporte, Educação, Meio Ambiente e Abastecimento. As ações apontadas consistem no diálogo com comunidade e palestras em ações específicas, orientações em casos pontuais, capacitação de profissionais, desenvolvimento de hortas em espaços da Secretaria de Saúde e reuniões relacionadas com a implementação de programas estaduais ou federais como o Programa do Leite das Crianças, o NUTRISUS e o Programa Bolsa Família.

Observa-se nas falas dos entrevistados e das entrevistadas, que as ações de caráter mais pontual realizadas entre setores foram as que ganharam mais destaque e não ações estratégicas estabelecidas por políticas públicas de natureza integrada. Há a necessidade de romper com o discurso “intersectorialista” mediante a sua substituição por processos que envolvam a articulação real de práticas sociais, a fim de transcender os limites impostos pelos setores de maneira a resolver os problemas que afetam a saúde e gerar impacto na qualidade de vida da população (ALMEIDA FILHO, 2000; JUNQUEIRA, 2000).

O compartilhamento de recursos, conforme citado nos capítulos sobre desafios, mediante a formação de Comitê Intersetorial do Bolsa Família e nos conselhos como o COMSEA, podem ser meios organizacionais que viabilizem a articulação de estratégias e um trabalho mais coletivo. Nesse sentido, três, dos quatro municípios de maior IDHM participantes da pesquisa tiveram entrevistadas e entrevistados que elencaram o CONSEA e as conferências de segurança alimentar e nutricional como potencialidades no município:

*Acho que é importante também colocar que foi constituído o Conselho, o COMSEA [...] 2015 teve a Conferência. Esse ano tem novamente a Conferência. [...] Eu lembro que dentro do Conselho tinha sido constituído uma comissão envolvendo as três secretarias, mas acabou que não evoluiu. Acho que houve mudança nos membros do conselho. Uma pena sabe, porque, é um conselho muito importante (Entrevistada 9).*

*Na verdade, como que funciona. Nós temos agora nosso conselho de Segurança Alimentar, a gente implantou, onde todas as políticas públicas apontam seus trabalhos, e ele é recente, ele é fresquinho. Foi implantado agora no mês de maio ou em junho. Então ele é recente (Entrevistada 6).*

Percebe-se nas falas apresentadas que ainda que sejam espaços com uma falta de estrutura permanente, mudança de conselheiros, ou por se tratar de processos ainda muito iniciais nos municípios, os entrevistados e as entrevistadas compreendem a importância da existência desses espaços democráticos de participação social para o despertar do diálogo entre setores governamentais distintos e sociedade civil.

Burlandy (2009) afirma que a política de SAN foi construída visando a promoção de articulação entre setores e reconhece que embora não seja suficiente para efetivar a intersetorialidade torna-se importante indutora do processo. A existência do CONSEA, como espaço de democracia participativa dá maior visibilidade a questões estruturais envolvidas na questão da alimentação e nutrição e possibilita melhor efetivação da intersetorialidade em toda sua complexidade.

O envolvimento de nutricionistas da Secretaria de Saúde em conselhos e comitês diversos, como COMSEA, Conselho Regional de Nutricionistas (CRN8), conselhos locais de saúde e Comitê Intersetorial do Bolsa Família, foi trazido como potencialidade no grupo de municípios de maior IDHM:

*E o fato da coordenação e de muitas nutricionistas estarem envolvidas com conselhos locais de saúde, com conselhos municipais, dentro do próprio CRN, então tem bastante nutricionista da secretaria atuando no CRN, quando existem as conferências, elas estão todas sempre presentes (Entrevistada 3).*

*[...] no Comitê do Bolsa Família, acho que foi implantado em 2014, se não me engano, inclusive a nossa nutricionista que é a coordenadora do Comitê atualmente, tem também a questão da participação social que também é importante, que nossos profissionais nutricionistas são muito inseridos em todas essa coisa do controle social. Participa do Conselho, por exemplo: eu solicitei pra [cita nome da nutricionista], agora na próxima reunião do Conselho, ela vai fazer toda uma demonstração do programa de dietas, porque o protocolo ele foi aprovado pelo Conselho...Bom, o SUS, uma das diretrizes é a participação social. E a nossa equipe é bem atuante e participa. Então na próxima reunião do Conselho, elas vão fazer um demonstrativo, "Ah! Nos implantamos o protocolo, como é que se está se dando isso, quantas pessoas atendidas, qual que é a satisfação, enfim. Quanto se está gastando (Entrevistada 9).*

As falas destacam que o envolvimento desta profissional em conselhos revela uma postura atuante, participativa e transparente para com a comunidade e com os conselheiros.

A participação da nutricionista em espaços de controle social e em ações promotoras de cidadania dá visibilidade às demandas sociais e possibilita sua atuação na resolução dos problemas de interesse da sociedade. Para que a profissional, ainda que em processo de formação, tenha ciência sobre esse importante espaço de participação ativa para a sua atuação na comunidade é fundamental a inserção desse tema nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação de Nutrição (ALVES, 2018).

Assim, quanto maior o envolvimento das nutricionistas em espaços de participação social e de tomada de decisão, maior será a compreensão das mesmas sobre o território e suas necessidades e conseqüentemente mais alinhada será sua conduta e trabalho profissional às demandas compreendidas como necessárias naquele cenário.

Somente em um dos municípios de menor IDHM foi citada a existência do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional como uma das potencialidades municipais:

*Na verdade, existe no município o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional. Então [...] a gente percebe também que tem participação de outros, Indústria e Comércio, a gente tem o pessoal da Secretaria do Meio Ambiente que participa, também tem essa parte de toda a Vigilância Sanitária que nos ajuda, em relação a agrotóxico, em relação as orientações que são feitas pros agricultores, então a gente tem esse conselho que ele tá consolidado, assim no município. Não é o ideal, mas ele está caminhando. E nós tivemos uma conferência há pouco tempo, teve uma participação bem grande, então acaba envolvendo outras secretarias também (Entrevistada 12).*

Vale notar que ambas as falas trazidas por profissionais de saúde que atuam em municípios de menor IDHM, tanto o trecho acima quanto o trecho mencionado anteriormente pelo “entrevistado 16”, trazem elementos sobre modelos de produção de alimentos e utilização de agrotóxicos, relacionando-os com a questão da segurança alimentar e nutricional, como temas trabalhados em outras secretarias ou em outras instâncias da saúde que são distintas da área da saúde, da Atenção Básica.

Tal discussão chama a atenção para a necessidade de reconhecer como potencialidade a existência do rural e o que ele representa em termos do território da RMC, no contexto da discussão da intersetorialidade.



O Estado do Paraná é composto por 91% de municípios com menos de 50 mil habitantes, e conta com 374 mil propriedades rurais, sendo 317 mil da agricultura familiar. Tais dados mostram um estado composto por municípios pequenos com absoluta predominância da agricultura familiar (EMATER, 2012). Dentre os municípios de menor IDHM participantes da pesquisa, encontram-se os municípios com menor grau de urbanização da amostra, Doutor Ulysses e Adrianópolis com 84% e 68% de população residente na área rural, respectivamente e ambos os municípios têm como uma de suas principais atividades econômicas a agricultura (IBGE, 2010b). Se por um lado o isolamento do ambiente rural e o distanciamento dos grandes centros representa um desafio frente as complexas demandas do setor saúde, por outro lado essa realidade revela uma imensa potencialidade em relação a promoção da saúde em termos do trabalhar temas relacionados à alimentação, sistemas diversificados de produção que não utilizem agrotóxicos, dentre outros aspectos igualmente significativos.

Diversos estudos têm demonstrado a estreita relação entre o perfil alimentar brasileiro e características do sistema agroalimentar, condicionado aos modos de produção, abastecimento e comercialização de alimentos. Assim, para enfrentamento dos problemas nutricionais, as alternativas contemplam a transformação do sistema alimentar (transição para modelos agroecológicos de produção), maior proximidade entre consumo e produção de alimentos, valorização da tradição culinária e da diversidade cultural alimentar (BURLANDY; BOCCA; MATTOS, 2012; BURLANDY et al., 2014). O alcance dessas mudanças está relacionado ao potencial de interrelação dos diversos setores e apoio à agricultura familiar, do debate, discussão e divulgação de informações e ações promotoras de saúde, especialmente em municípios que têm a produção de alimentos como atividade econômica importante de suas famílias.

A intersectorialidade tem se apresentado na saúde coletiva como estratégica para a solução de problemas do campo, bem como na área da alimentação e nutrição, conforme disposto na PNAN (BRASIL, 2013a). Entretanto “a própria noção de setor revela-se sutil obstáculo para intervenções de fato restauradoras da globalidade dos problemas sociais, particularmente os problemas de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 12).

#### 4.3.2 O apoio da gestão e o reconhecimento da importância da atuação da área de nutrição

Outra característica importante em termos de potencialidade no desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, tanto em municípios de menor IDHM, quanto de maior IDHM foi o apoio da gestão municipal, bem como a compreensão e valorização da área da Nutrição nos processos de gestão:

*Então, como a Secretária de Saúde, nós temos bastante incentivo da coordenadora da Atenção Primária [...]. Então a gente sempre quer conversar sobre alguma coisa, tem alguma ideia, elas incentivam bastante, então tem esse incentivo (Entrevistada 14, menor IDHM).*

*Apoio da gestão sempre, seja do prefeito ou seja da Secretária. A secretária abraça com a gente os programas, então ela sempre “Não, vamos fazer, vamos fazer”. Então ela sempre apoia e se a gente tem uma dificuldade ela sempre ajuda a gente a solucionar qual é o melhor caminho. Eu sempre digo, quando eu já tentei de tudo e não consigo, vou lá falar com a chefe porque ela vai ter uma luz e ela sempre tem pra conseguir resolver. Essa é uma potencialidade bem grande do nosso município, os apoios. A gente tem sempre muito apoio (Entrevistada 5, maior IDHM).*

*Eu vejo aqui que a questão da facilidade do serviço de Nutrição [cita município] foi pela questão do gestor entender a importância da Nutrição, e defender a Nutrição, entendendo o que a nutricionista faz (Entrevistada 10).*

De acordo com as entrevistas acima, equipes que se sentem valorizadas e ouvidas por seus gestores têm maiores oportunidades de inserir suas ações, programas e políticas no planejamento em saúde, passando a integrar a agenda da saúde municipal.

Como contraponto importante, a fala de uma gestora de município de maior IDHM, citada em entrevista como uma profissional importante no apoio das ações da Nutrição no município, dá voz ao potencial de valorização dos profissionais que trabalham de maneira integrada:

*É uma das áreas que geralmente atinge as metas [risada] porque nossa equipe assim é uma equipe muito boa, sabe. Eu tenho muito orgulho assim da Nutrição, [...] existe a vontade do gestor, de investimento de tudo mais, mas também depende muito do profissional, do comprometimento dele com a política. Então de nada adianta a gestão destinar recursos ou priorizar essa política se eu não tiver um profissional que não seja comprometido. E nós temos na*

*nossa rede, todos os profissionais assim da nutrição, são muito bem comprometidos, criativos e num município como o nosso que existe uma escassez de recursos e uma dependência por parte da população, isso exige muito do profissional. Ele tem que ser muito criativo (Entrevistada 9).*

O relato acima expressa o reconhecimento sobre o trabalho de profissionais nutricionistas, ressaltando o potencial que essa postura de apoio e discurso têm no incentivo e no alcance dos objetivos propostos pela equipe. Esse reconhecimento da qualidade do trabalho da equipe de nutrição nos municípios de maior IDHM pode estar relacionado também ao maior número de profissionais que tem impacto na qualidade, ampliação do serviço e na sua resolubilidade.

O apoio da gestão em conjunto com a atuação da nutricionista e seu comprometimento com o trabalho geram resultados positivos. Profissionais inseridos em uma equipe capacitada e multiprofissional foram aspectos mencionados pelos entrevistados e pelas entrevistadas de municípios de maior IDHM, mesmo naqueles que não tinham nutricionista em sua equipe:

*Eu acho que o primeiro ponto é a questão da equipe. [...]. Nós temos profissionais muito capacitados, profissionais que entendem a importância do contexto da Nutrição nessa ação de saúde junto ao município em todos os âmbitos (Entrevistada 4).*

*Não sei como vai ser a fala da nossa nutricionista, porque ela tem uma história longa [cita nome do município], mas ela é uma ótima profissional, acredito muito no trabalho dela, acho que agora para esse semestre aí a gente já está com novos planos, novas metodologias, na questão do acesso dos nossos pacientes, pra ela estar mais perto também, fazendo mais prevenção e promoção. A gente vem conversando muito com ela (Entrevistada 6).*

O trecho da fala abaixo demonstra ainda, que a confiança na equipe possibilita a autonomia dos profissionais na assistência:

*[...] mas pra mim uma coisa que ajuda bastante que é autonomia. Para mim é maravilhoso [sorrindo], então eu estou muito feliz aqui porque eu faço o que quero, na hora que eu quero. Eu tenho um coordenador, mas eu fico livre para fazer as ações quando eu quero, quando eu junto a galera que tá boa eu faço o que eu quiser, então assim, autonomia de agendar pacientes em tal horário e deixar esse horário para preparação de material, para preparação das atividades de grupo que dispensam um pouco mais de tempo. Então as vezes eu fico, numa tarde eu deixo só para preparar grupo e eu tenho essa autonomia bem tranquilamente, ninguém me questiona (Entrevistada 11).*

O relato da entrevistada evidencia um espaço conquistado pelo respeito e reconhecimento de seu trabalho. A autonomia flexibiliza sua atuação e a organização de seus processos de trabalho, possibilitando uma melhor adequação com a realidade.

Pires, Lotta e Oliveira (2018) afirmam que:

Mecanismos de controles por resultados ou por participação social, bem como formas de lealdade e motivação vinculadas à política pública em questão, são mais efetivos do que o exercido pela hierarquia, pelos procedimentos burocráticos ou pela fiscalização direta dos políticos (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 50).

A inserção de nutricionista em outros espaços de gestão para além da área da Nutrição, também foi trazida como potencialidade em municípios de maior IDHM:

*... hoje nós temos até uma nutricionista que é gestora de Unidade de Saúde que foi convidada recentemente para ser chefia de Unidade... e tem as nutricionistas que foram saindo ao decorrer do tempo [...]. Mas uma delas inclusive já virou chefia, o que já é também um avanço, a gente até comenta que nós aqui a nível central, estamos numa posição que não só coordenamos a questão de alimentação e nutrição, mas a questão de várias outras categorias[...]. Então eu acho importante porque vê um nutricionista como um profissional da área da saúde que pode ser gestor não só da área de alimentação e nutrição, mas que é um profissional que tem entendimento abrangente. A partir do momento que se leva o nutricionista também para ser chefia da Unidade, percebe-se também que ele tem essa capacidade mais abrangente do que lidar só com a área da Nutrição. Porque a área da Nutrição está em tudo também, tem que trabalhar em Rede (Entrevistada 2).*

Alves (2018) em pesquisa realizada com docentes, discentes e supervisoras de estágio em Saúde Coletiva, refere um reconhecimento por parte das entrevistadas sobre a deficiência na formação da nutricionista para atuar em atividades de gestão e gerenciamento de equipes. Com predominância no enfoque de ações assistências e pouco espaço para atividades de gestão, a pesquisa demonstra que as nutricionistas nem sempre se sentem preparadas e aptas para o exercício dessa função. A fala das entrevistadas 2 e 10 demonstram que o fato de um profissional da Nutrição estar atuando na gestão de serviço de saúde, representa um avanço e é um facilitador no desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição na gestão municipal.

Assim, há que se investir cada vez mais nos cursos de graduação em Nutrição, em uma formação mais adequada para que o profissional esteja apto para atuar também na gestão em saúde, tendo-se em vista os resultados positivos mencionados, ainda que esse tipo de situação seja ainda muito pontual. O fato da ciência da Nutrição não se restringir a uma ciência biológica, mas também ser uma ciência social, possibilita o desenvolvimento de um olhar mais ampliado para os processos de determinação da saúde o que contribui para um perfil profissional que, dependendo também da trajetória pessoal, pode ser bastante adequado para atuar na gestão em saúde, conforme mencionado nas entrevistas.

A inserção de nutricionista que tenha uma visão crítica, contextualizada e em sintonia com os referenciais da saúde coletiva, em espaços estratégicos de tomadas de decisão da gestão em saúde pode vir a contribuir para a construção de práticas e processos de trabalho mais sintonizados com as concepções da promoção da saúde, em função do olhar que esse profissional desenvolve por conta do seu objeto de atuação que se constitui no campo da alimentação e da nutrição e todas as relações estabelecidas a partir desse mesmo objeto que é considerado bastante complexo.

#### 4.3.3 As mídias e a comunicação em saúde

No município de menor IDHM, que compreende grande parte de área rural, a facilidade de acesso à comunidade mediante a telefonia celular foi elencada como potencialidade:

*eu noto que o pessoal do interior não tem telefone fixo, entendeu? [...]. Mas 90% do município tem celular [...] então todo mundo tem WhatsApp. Hoje eu vejo que pra mim, se eu quiser divulgar uma ação hoje, eu vou ter três grupos, que eu pego digito um texto bem bonitinho aqui, coloco em três grupos, em dois minutos o município inteiro já está sabendo [...] mas a princípio eu acho que a comunicação com eles é mais rápida do que a gente imagina. Não vai pela estrada, mas pelo whatsApp eu chego mais rápido (Entrevistado 20).*

No trecho acima, o entrevistado explicita a facilidade, agilidade de diálogo e divulgação de atividades da área da saúde que tecnologias digitais de

comunicação trouxeram para municípios com grande extensão geográfica e portanto, uma dificuldade de acesso físico por meio de transporte às pessoas e famílias que vivem mais isoladas, sobretudo em áreas majoritariamente rurais.

Em município de maior IDHM, um dos entrevistados refere que o fato da população já ter acesso à informação sobre práticas alimentares saudáveis, em função da sua difusão por diferentes tipos de mídia, favorece o diálogo com a população:

*Todo mundo fala “preciso melhorar minha alimentação, preciso me alimentar de forma saudável”. Isso é uma coisa coletiva e facilita demais quando já é uma coisa que está incorporada na população como uma coisa importante. Quando você vai discutir com as pessoas todo mundo sabe que comer mal pode prejudicar e que comer bem pode ser uma coisa, um fator muito benéfico, então isso em termos de senso comum já está incorporado na população (Entrevistado 1).*

A crescente inquietação e busca da população por informações relacionadas à saúde e qualidade de vida é percebida pelo gestor referido acima como uma potencialidade importante para atuação dos profissionais de saúde. Assim, ao passo que a disseminação de informações sobre alimentação tem ganhado maior alcance por conta das mídias sociais e o avanço da tecnologia, é necessário um olhar crítico em torno da qualidade dos conteúdos acessados.

O consumo exagerado de assuntos relacionado à estética, bem-estar associado a fenômenos importantes como a industrialização, urbanização e estratégias de marketing para divulgação e venda de produtos têm gerado uma disseminação de conteúdos equivocados, distorcidos e muitas vezes polêmicos. O que se observa é um direcionamento de informações relacionadas a modismos alimentares movidos aos interesses da indústria e de alguns profissionais na divulgação de seus produtos e serviços (CHAUD; MARCHIONI, 2004)

Exemplificando, pode-se pensar em conceitos como alimentação saudável e saúde, que encontram diferentes significados e compreensões diferenciadas entre distintos grupos populacionais, faixas etárias e até mesmo profissionais da área da saúde. Assim, ainda que seja um potencial o fato de a população estar consciente sobre a necessidade de desenvolver hábitos alimentares saudáveis é preciso um trabalho consistente para desconstruir e

ressignificar práticas e comportamentos ligados à alimentação saudável, muitas vezes apropriados pela indústria de alimentos de maneira indevida.

O Guia Alimentar para a população brasileira em 2014, consiste em um material que se contrapõe a essa lógica mercadológica da indústria alimentar, sendo importante instrumento para auxiliar os profissionais a trabalhar conteúdos de qualidade. A atualização desse material trouxe uma abordagem diferenciada, com prioridade em recomendações que consideram aspectos socioculturais e ambientais, mais próximos do cotidiano de vida brasileiro. O atual enfoque trouxe, mediante linguagem acessível à população, diretrizes qualitativas e estratégias que priorizam o consumo do alimento e as práticas alimentares e não somente “os nutrientes”, com incentivo de práticas culinárias, associadas a uma visão mais crítica sobre a questão alimentar que envolve também os impactos causados por diferentes padrões de consumo de alimentos (MONTEIRO et al., 2015; OLIVEIRA; SILVA-AMPARO, 2018).

#### 4.3.4 A atuação da secretaria estadual de saúde

A atuação do governo estadual foi trazida como potencialidade em municípios de menor e maior IDHM:

*Via telefone, e-mail, conversa, cobram uma coisa, quando atrasa a pesagem, porque eles se baseiam muito também nos papéis, no caso, dados. Eles têm que ter dados, tem que estar lançando lá. Eles ligam cobrando se está faltando digitação, se está sendo feito acompanhamento. Isso sempre eles estão cobrando. Então nessa parte eles atuam mesmo (Entrevistado 16, menor IDHM).*

*Em alguns momentos a gente precisou, por exemplo, em relação ao Bolsa Família[...]. Quando a gente precisou, eles nos apoiaram, mas assim, não estão tão próximos da gente. Talvez eles tenham que se dedicar mais a outros municípios. Agora nessa gestão a gente ainda não teve contato, quer dizer, tive um mínimo contato agora no Encontro Nacional, de conhecer as pessoas, mas assim, não é um contato muito próximo. Mas talvez porque o município seja um município que já esteja mais estruturado como sistema de Saúde mesmo. Talvez eles tenham que dar apoio mais para os outros municípios (Entrevistada 2, maior IDHM).*

Os entrevistados e entrevistadas percebem como potencialidade a atuação do governo estadual no que tange à cobrança de dados e relatórios e à disponibilidade quando solicitado o apoio. Entretanto é perceptível que o contato

desses municípios com o governo estadual é mínimo, considerando a extensa área de abrangência de atuação dessa instância, bem como as inúmeras demandas de municípios menos estruturados. Em município de maior IDHM foi destacada a competência dos profissionais do governo estadual, como uma potencialidade:

*Então eu acho que o Estado do Paraná ele tem uma potencialidade, defendendo, nosso Estado é maravilhoso, é referência para outros Estados, que a gente faz divisa que estão passando por grandes desafios de Saúde Pública, nosso estado tem subsídio, tem profissionais competentes maravilhosos, que desenham a linha de cuidado (Entrevistada 6).*

É importante registrar o papel que a SESA desempenhou, no final da década de 90, em relação ao tema da vigilância em saúde e mais especificamente da vigilância nutricional. Realizou inúmeros eventos em todo o território, sendo o estado premiado pela ONU pelo programa “Protegendo a Vida”, que capacitou 40 mil profissionais, contribuindo para a redução de 35% na mortalidade infantil no Paraná. No entanto no início dos anos 2000 houve uma retração da atuação da área de Alimentação e Nutrição na Secretaria Estadual de Saúde, o que não possibilitou a continuidade das ações em desenvolvimento nos anos 80 e 90 e a sua ampliação na dimensão necessária frente as demandas existentes (RIGON, 2012; MOREIRA, 2016).

De acordo com “Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná 2016 a 2019”, as ações de alimentação e nutrição propostas estão inseridas na diretriz do fortalecimento das ações de Promoção da Saúde e envolvem em certa medida o monitoramento das ações de alimentação e nutrição e acompanhamento de titulares de direito de programas sociais como o Programa do Leite da Crianças e do Bolsa Família, mas também englobam ações de educação permanente para profissionais de saúde, incentivo para a utilização de tecnologia de cuidado compartilhado, disponibilização de materiais técnicos e educativos para profissionais e comunidade, estruturação de linhas de cuidado e promoção de intersectorialidade (PARANÁ, 2016).

Em suma, as potencialidades elencadas por entrevistados e entrevistadas de municípios de menor IDHM compreendem parcerias intersectoriais com atividades que envolvem ações pontuais como demandas



locais, organização de conferências e palestras. Alguns potenciais elencados estão relacionados às especificidades do ambiente rural, mais presente nesse grupo, tais como a agilidade da comunicação por meio virtual e as ações desenvolvidas na área da agricultura, especialmente sobre o modo de produção.

Dentre as potencialidades dos municípios de maior IDHM as parcerias intersetoriais envolvem atividades de diálogo com a comunidade, palestras, desenvolvimento de hortas e execução de programas federais. Nesse grupo foi maior o número de entrevistados que citou o COMSEA como importante espaço para articulação de ações intersetoriais relacionadas à alimentação e nutrição, ainda que enfrente algumas dificuldades para uma atuação mais efetiva. O envolvimento de nutricionistas em espaços de gestão em saúde, bem como em conselhos de saúde foi um destaque nesse grupo. Além disso foram mencionados como pontos positivos a sensibilização da comunidade à temática da alimentação e nutrição e a alta competência dos profissionais da secretaria estadual de saúde no apoio e monitoramento das ações realizadas.

Ambos os grupos trouxeram a intersetorialidade, o apoio da gestão municipal no desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição e a atuação presente do governo do estado em relação à cobrança de metas e relatórios como potencialidades importantes para a efetividade na gestão de alimentação e nutrição.

#### 4.4 ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Matus (1996), considera que o papel da estratégia em um planejamento é a escolha de uma decisão que garanta ações tecnicamente eficazes e politicamente viáveis, de maneira contextualizada.

Em sintonia com a proposta do autor, na presente pesquisa as estratégias mencionadas são consideradas como meios que têm sido utilizados ou que são propostos pelos gestores, gestoras e nutricionistas entrevistadas a partir da compreensão de que estas auxiliariam na superação de desafios e dificuldades presentes na gestão de alimentação e nutrição. Assim, o rol de estratégias elencadas apresenta-se muito variado em função das especificidades dos contextos municipais, das políticas em desenvolvimento, de

organização do sistema de saúde e do próprio olhar dos entrevistados e das entrevistadas sobre o trabalho realizado.

#### 4.4.1 Recursos materiais: a aquisição do mínimo essencial

Dentre as estratégias mencionadas e mais diretamente relacionadas à assistência e prática das ações, os municípios de maior IDHM citam a compra de materiais e equipamentos:

*Nunca tem falta de balança, estadiômetros, tudo a gente tenta licitar produtos de qualidade. Então nessa parte de equipamentos a gente consegue sempre manter. Mas tem uma licitação que eu pedi até agora ainda não veio, desde fevereiro [...] até porque a gente tem um recurso vinculado que é o VAN e a gente precisaria estar utilizando especificamente para isso (Entrevistada 10).*

A utilização do recurso destinado para a compra de equipamentos antropométricos foi discutida no capítulo referente aos desafios da gestão, entretanto é importante destacar que, de acordo com a visão de vários entrevistados e entrevistadas, que têm conhecimento sobre o VAN, esse acesso aos equipamentos é considerado estratégico para que a vigilância nutricional possa acontecer e, a partir dela, várias ações a partir da realização desse diagnóstico.

Tanto em municípios de maior, quanto de menor IDHM foi mencionada como estratégia de ação o desenvolvimento de materiais gráficos para serem utilizados em atendimentos individualizados e em atividades coletivas:

*Com essa falta a gente acaba tentando que remediar algumas situações [...] que a gente tenta remediar conforme dá, então fazer algumas coisas mais manuais, material muitas vezes a gente faz muito manual, a gente coloca um pouco ideias pra tentar ficar mais ilustrativo pros pacientes conforme o que a gente tem. Então por exemplo, nós temos agora no município aquele o “KIT MORTE” que a gente fala, que é a quantidade de açúcar, sal e óleo. Que esses pacientes conseguem visualizar, foram coisas que nós montamos, então a gente tenta remediar com coisas mais práticas que sejam baratas para gente, que sejam do nosso acesso. Então, a gente sabe que tem um computador, eu tenho uma impressora, então nós vamos utilizar [...]. Porque a parte mesmo para comprar as vezes fica mais difícil. Demora muito mais tempo e a gente as vezes precisa de algo mais imediato (Entrevistada 14, menor IDHM).*

*Recursos assim para pegar, aquelas ações com as quantidades de açúcar e tal que a gente até estava conversando [...]. Quando eu era estagiária até gastava com essas coisas, mas agora não tem condição. Mas eu trabalho geralmente com figuras, eu uso recursos que eu criei para as ações de educação nutricional, foi tipo figuras que eu pedi para a coordenação imprimir porque aqui imprimir colorido. Então eu acabei imprimido coisas maiores, eu plastifico e uso onde eu não consigo colocar data show para apresentações (Entrevistada 11, maior IDHM).*

Mesmo em diferentes realidades as entrevistadas evidenciam que a elaboração de materiais utilizados em orientações, atendimentos e atividades coletivas parte da criatividade e da disponibilidade do profissional que atua na assistência para possibilitar vivências mais visuais e lúdicas de EAN. A utilização de equipamentos como impressoras e computadores do serviço foi um dos meios mais citados para confecção desses materiais.

O material visual citado em ambas as falas, elaborado para quantificar o açúcar, gordura e sal presentes em produtos ultraprocessados tem sido empregado como estratégia de sensibilização para indivíduos e comunidade. Tal recurso tem sido utilizado como estratégia de Educação Nutricional na prática profissional e recebeu destaque a partir do lançamento em 2012 do documentário “Muito Além do Peso”. No filme há a demonstração da quantidade de produtos como açúcar, gordura e sal presentes em produtos industrializados mediante uso de materiais visuais para sensibilização das pessoas abordadas nas entrevistas (MUITO ALÉM DO PESO, 2012). De acordo com Vido et al (2020) é estratégica a potencialidade pedagógica oferecida com o uso do filme e seus temas, na problematização de inúmeras questões relacionadas ao ato de comer.

O documentário trouxe em pauta um debate aprofundado em relação a qualidade dos alimentos oferecidos para as crianças brasileiras e os resultados da comunicação mercadológica de alimentos, envolvendo aspectos importantes sobre indústria, produção de alimentos, publicidade, governo e sociedade. Além disso, manifesta realidades envolvidas no ato de comer e suas questões sociais históricas, políticas e culturais, possibilitando um aprofundamento do debate sobre as consequências para a saúde e comportamentos alimentares adotados pelos adultos e pelas crianças, em decorrência de estratégias utilizadas pela indústria (MUITO ALÉM DO PESO, 2012; VIDO et al., 2020).

Somado a isso, tem-se a publicação do novo Guia Alimentar para a População Brasileira, que tem sido referência base para desenvolvimento de ações educativas de alimentação e nutrição para a população brasileira, porém nem sempre o Guia foi elencado como estratégico nas entrevistas. Destaca-se que a menção à utilização do novo Guia Alimentar esteve presente na fala de entrevistadas de três municípios que participaram desse trabalho (Tabela 9), conforme trecho abaixo:

*[...] a gente participa e treina as equipes na questão da introdução da alimentação saudável, tendo o Guia Alimentar, hoje de 2014, como nosso norte e para isso a gente está elaborando alguns materiais também, folders (Entrevistada 2).*

A EAN inserida na diretrizes de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável da PNAN deve buscar a construção de processos tanto individuais como coletivos voltados à promoção de práticas alimentares saudáveis e “deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais” (BRASIL, 2012c, p. 23). Apesar de mencionarem nas entrevistas o uso de recursos pedagógicos, torna-se necessário compreender de que maneira as nutricionistas utilizam efetivamente esses materiais na prática, se estão alinhados com uma perspectiva mais dialógica e participativa, ou se aproximam-se de uma lógica de educação mais bancária<sup>4</sup>, passiva, baseada na transmissão de conhecimentos.

Estudos têm evidenciado um distanciamento entre o avanço crescente das políticas públicas em torno da EAN e a efetivação destas em nível local. Por se tratar de demanda crescente, a maioria das ações de EAN na atenção primária tem sido direcionada para grupos e indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, ações realizadas majoritariamente a partir de uma base teórica metodológica tradicional e do enfoque biomédico, priorizando a realização de palestras e produção de materiais educativos. Assim, o enfoque em ações preventivas e curativas e não na promoção da saúde e na segurança alimentar e nutricional tem sido observado nas práticas. Tal realidade revela a

---

<sup>4</sup> Paulo Freire (2019) conceitua “Educação Bancária” como a educação com enfoque no ato de depositar no educando, aquele que não detém o saber, os conhecimentos do educador ou educadora. Segundo o autor esse modelo nega o conhecimento como processos de busca.

urgência na necessidade de investimento da formação profissional e produção de conhecimento mediante a condução de estudos que destaquem a utilização de métodos inovadores e ativos de educação em saúde, capazes de tornar os indivíduos e comunidades protagonistas de suas escolhas e práticas alimentares (SANTOS, 2012; FRANÇA; CARVALHO, 2017). Há a necessidade de buscar aprofundamentos que considerem a complexidade do sistema alimentar, os significados que envolvem as práticas e os comportamentos alimentares (BRASIL, 2012c) bem como o desenvolvimento de uma prática crítica comprometida com a transformação social do processo de determinação da insegurança alimentar e nutricional vivenciada pela população.

#### 4.4.2 Os protocolos como um caminho para a organização da atenção nutricional

A organização da atenção nutricional mediante a instituição e elaboração de protocolos foi mencionada por entrevistados e entrevistadas de municípios de maior IDHM como um outro tipo de estratégia para o avanço do trabalho na área de Nutrição:

*Na parte da Secretaria de Saúde nós avançamos, eu diria que foi um ganho a gente conseguir estudar o protocolo. Para subsidiar o nosso manejo clínico, diante de fragilidade do orçamento, porque hoje o recurso que a gente utiliza é próprio, não tem um benefício estadual ou federal, a questão de sensibilizar os prescritores que seriam os médicos. Então a gente sentou com nosso colegiado, apresentou protocolo, estudamos juntos, apresentamos para a ponta, precisamos ir conversar no Ministério Público com nosso promotor de referência, explicando o que que é Atenção Básica que aos meus olhos é a atenção primordial à saúde (Entrevistada 6).*

Tal estratégia é empregada até mesmo em município que não conta com a profissional em seu quadro de pessoal e utiliza o protocolo para subsidiar a justificativa de necessidade de uma maior contratação de profissionais:

*Na questão da contratação do profissional, nós sempre mapeamos aquilo que é necessário, dentro desse contexto da equipe, o que isso vai colaborar, apresentamos a justificativa, ouvimos quem está lá na ponta e buscamos junto à gestão do executivo, suprir a falta desse profissional e integrar esse protocolo dentro dessa oferta de serviço, ou de Nutrição ou de qualquer outro serviço essencial que vai dar resultado lá na ponta. E a questão da economia. Que não é só você pedir que você tem que economizar, e você tem que mostrar que você*

*fez uma economia, que você pode com aquela economia contratar o profissional para colocar. Então isso é feito constantemente. Existe um trabalho, existe uma consciência, uma conscientização do servidor em relação a isso (Entrevistada 4).*

Conforme supracitado, a otimização de protocolos, a atuação de profissionais e recursos financeiros garantidos a partir de uma racionalização das demandas existentes torna-se, em geral, uma estratégia para fortalecimento da gestão de alimentação e nutrição.

A construção de protocolos de cuidado na Atenção Básica tem importância para a contribuição da reorganização do cuidado, para evitar processos de judicialização e retrocessos na garantia do direito à saúde, contribuindo para resolubilidade das demandas de equipe e integralidade do cuidado (RODRIGUES et al., 2019).

Entretanto protocolos técnicos não são suficientes para a garantia da efetivação da PNAN e sobretudo dos direitos em saúde.

Há de se atentar à necessidade de não se restringir a atuação profissional à normas e tarefas pré-estabelecidas, regidas muitas vezes por uma racionalidade gerencial onde o profissional de saúde torna-se somente executor de regras definidas por gestores ou especialistas, muitas vezes distantes da realidade da atenção primária. Nessa perspectiva protocolos seriam meios estratégicos para a organização do cuidado, e não um fim em si mesmos, uma vez que há a necessidade de considerar as diversas situações de saúde que se apresentam, segundo uma historicidade nos territórios, com foco nos sujeitos e suas singularidades e não somente em processos burocráticos e organizacionais (CAMPOS, 2010; SCHERER et al., 2016; RODRIGUES et al., 2019).

#### 4.4.3 A importância da informatização

O registro das ações em prontuário eletrônico surgiu como potencialidade estratégica para o avanço da atuação da área de Nutrição tanto em municípios de maior IDHM quanto de menor IDHM:

*O que a gente sempre incentiva que a equipe deva registrar as ações. Então eles fazem, hoje nós temos prontuário eletrônico e ali o profissional insere as informações também no prontuário, então se acessar ali tem todo o registro do nutricionista, por profissional bem*

*importante e isso foi uma inovação, quer dizer algo que a gente investiu aqui no município e tem dado muito resultado. Porque é, importante em qualquer área, mais na saúde, mais ainda, que você tenha registro, tenha informação. Porque como é que você vai avaliar a condição de saúde de uma população se você não tem esses dados (Entrevistada 9).*

Quando os registros são realizados de maneira padronizada, efetiva e compartilhada é possível que haja continuidade do trabalho de monitoramento necessário, bem como a visão integral sobre o usuário e família atendidos na Atenção Básica. Além disso, essa prática possibilita maior visibilidade sobre as ações desenvolvidas pela área da Nutrição, conforme descrito em relato acima, assim como o compartilhamento de informações entre as diferentes áreas da saúde e o reconhecimento da contribuição de cada profissional no processo de promoção da saúde assim como no de cuidado, quando ocorre o adoecimento.

Em pesquisa realizada por Pena et al. (2019) com Coordenadores de Atenção Básica em municípios do Rio Grande do Sul, os gestores identificaram o prontuário eletrônico como importante ferramenta especialmente para a realização de contrarreferência uma vez que facilitaria a comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

A informatização dos sistemas como uma das estratégias importantes no enfrentamento dos desafios identificados no serviço foi referida nos dois grupos de municípios participantes do estudo:

*Agora foi implantado o sistema, então com o sistema nas Unidades vai ficar muito mais fácil pra identificar também a questão de peso, altura, pra ver o IMC daquela criança ou daquele indivíduo, o local onde ele mora, onde nós temos uma população maior de diabéticos, então acredito que com o sistema a gente vai melhorar bastante pra gente ter dados bem concretos, mas por enquanto é com as nossas fichas mesmo dos programas, leite, puericultura, Bolsa família, que a gente acaba tendo uma noção de qual a população que nós estamos atendendo (Entrevistada 14, menor IDHM).*

*Mas geralmente eu trabalho mais com planilhas e sistemas que já são do Ministério da Saúde e bastante com nosso prontuário eletrônico que facilita bastante na captação dos dados, quando a gente tem dificuldade de levantamento. Então todo prontuário ele é alimentado independente se é uma orientação por telefone, se é uma orientação pessoal para um paciente, ou mesmo quando é liberado algum tipo de dieta ou atendido de alguma forma esse paciente ele é todo alimentado no nosso sistema [...] que é o prontuário eletrônico, pra que todos tenham acesso a esses dados e saibam que a gente tá assistindo esse paciente de alguma forma (Entrevistada 10, maior IDHM).*

Conforme mencionado no primeiro trecho de entrevista, alguns municípios ainda dependem de processos manuais de organização das suas informações e têm passado por período de transição para um sistema informatizado, seja ele o de prontuário eletrônico de sistema municipal próprio ou para o e-SUS Atenção Básica (sistema informatizado para atenção Básica).

O e-sus tem como proposta a melhoria de processos de trabalho e de condições de infraestrutura e automação dos processos, visando integração dos diversos sistemas no âmbito da atenção básica (SISAB, 2020).

A informatização dos sistemas de saúde possibilita um acesso ágil a informações que fundamentam o trabalho do profissional de saúde, além de garantir celeridade nos registros promove maior sistematização e organização dos dados.

Além do prontuário eletrônico, a utilização de dados do SISVAN foi trazida nas entrevistas de grupos de maior e menor IDHM, como um meio de centralizar informações advindas de outros programas que têm a avaliação antropométrica como um dos requisitos para sua execução:

*Que eu utilizo mesmo são os dados do SISVAN. Porque todos os programas que são feitos a coleta de dados eu registro no SISVAN, então a puericultura municipal, o Programa do Leite das Crianças, o grupo de obesidade, Programa Saúde nas Escolas, e o Bolsa Família que é um sistema individualizado (Entrevistada 13).*

*Então, faço um trabalho como gestor ainda educativo para que faça a digitação tanto de nutrição... no tema tem um cara específico pra isso que é o SISVAN e o Bolsa Família (Entrevistado 20).*

Conforme mencionado na primeira fala é ampla a gama de programas e ações que registram e processam dados antropométricos de grupos prioritários como crianças e gestantes, e por vezes estes sistemas podem funcionar de forma independente um do outro como é o caso do sistema do Programa Bolsa Família,

A falta de integração entre sistemas de registro de informação resulta em retrabalho e enfoque direcionado para o programa em questão, muitas vezes não ocorrendo retorno para o indivíduo participante da ação. Com vistas a minimizar esse problema, o Ministério da Saúde viabilizou a integração entre o SISVAN e a Estratégia e-SUS AB desde 2016. Como resultado, de 2015 para 2016, observou-se um aumento de 9% do número total de acompanhamentos



em relação ao estado nutricional e 38% do número total de acompanhados em relação ao consumo alimentar. Assim, a partir de janeiro de 2018, os municípios com o e-SUS consolidado, de acordo com Nota técnica nº 51 - SEI/2017 do Ministério da Saúde, passaram a ser a única entrada de dados, sendo o SISVAN prioritário para emissão de relatórios, consolidado como importante ferramenta de gestão das informações de VAN na Atenção Básica (BRASIL, 2017d). Entretanto, o que se observou nas entrevistas é que esta não é uma realidade para todos os municípios, em decorrência do referido problema com a integração entre sistemas, bem como pelo processo de transição para prontuário eletrônico por parte de alguns municípios.

O segundo trecho de fala, proveniente de entrevistado de um dos municípios ainda em processo de transição, revela uma compreensão sobre a centralização da digitação de sistemas de programas relacionados à nutrição, em um único profissional, como uma decisão estratégica, pois segundo a opinião da pessoa entrevistada isso colabora para garantia dos registros.

Pesquisas têm demonstrado que as principais dificuldades encontradas pelos responsáveis por gerir o SISVAN em nível municipal e estadual, são problemas com a velocidade da internet, ausência de profissionais capacitados, a sobrecarga do trabalho do digitador, falta de profissionais para desempenhar essa função e pouco controle sobre as inconsistências presentes tanto na coleta quanto na digitação dos dados (ROMEIRO, 2006; ROLIM et al., 2015).

Em certa medida, a centralização da digitação de dados do SISVAN por um único profissional minimizaria o problema com a falta de controle da qualidade da informação, uma vez que poderia haver um direcionamento de capacitação oferecida, tornando este profissional mais apto para o registro correto. Entretanto, não traria resolutividade aos outros problemas mencionados, uma vez que a coleta de dados é descentralizada e muitos problemas não advêm da digitação em si.

Em entrevista realizada com profissional de município de maior IDHM, a estratégia de registro no sistema, se contrapõe à apresentada na fala acima:

*Descentralizar. Acho que a palavra hoje para Saúde Pública é a descentralização. Não focar em uma coordenação específica. Eu acho que ser coordenador da Atenção Primária é muito amplo. Você não consegue coordenar equipes, coordenar projetos, coordenar capacitações e meio que está intrínseco as pessoas acharem que tudo*

*isso é cargo da pessoa que está na coordenação. Falta de funcionário, funcionário de atestado, funcionário doente, eles acabam centralizando tudo na coordenação e na verdade não, hoje o serviço para ele funcionar ele precisa ser descentralizado. Até o tribunal de contas da União eles acabam dizendo para nós que o serviço tem que ser descentralizado para a necessidade da população. Então como eu vou causar uma acessibilidade para uma pessoa que tem um problema lá no [menciona região distante do centro, município] que tem que vir até a coordenação para resolver. Porque a Unidade de Saúde acha que essa é uma coisa que a coordenação tem que resolver. Então eu acredito que eles têm autonomia para até certo ponto conduzir todos esses programas na própria Unidade, acho que todos os programas deveriam ser descentralizados (Entrevistada 5).*

A entrevistada menciona como estratégica a descentralização de ações, registros e da tomada de decisões pontuais relacionadas à processos organizativos, como proposta sugerida por outros órgãos como o Tribunal de Contas da União. Vale ressaltar que a descentralização está também alinhada aos princípios organizativos do SUS e da PNAN.

O processo de integração e descentralização de digitação de dados de sistemas de saúde em geral tem possibilitado alimentar o sistema nos mesmos locais onde ocorre a coleta. Por outro lado a digitação passa a ser realizada por profissionais que conhecem o território e os indivíduos acompanhados, possibilitando uma relação mais próxima com dado e informação, podendo no entanto também acentuar o problema da sobrecarga de trabalho por parte dos mesmos e também as dificuldades no trabalho em função da falta de capacitação para realização do mesmo.

Independente da estratégia a ser utilizada, a efetividade do processo de sistematização, bem como a confiabilidade dos dados dependerá da orientação e formação das pessoas envolvidas em todo o processo, além de garantia de estrutura favorável ao desempenho dessa função.

A sistematização dos dados representa somente uma pequena parte no estabelecimento de um diagnóstico amplo, sendo passo importante seguido do processamento de dados, geração de informação, para uma análise conjunta com outros sistemas de informação, de forma a garantir uma vigilância alimentar e nutricional sobre o território do município e a utilização da informação produzida para o planejamento em nutrição e em saúde (BRASIL, 2013a).

#### 4.4.4 As capacitações e os processos de educação permanente

Outra estratégia mencionada em entrevistas de município de maior IDHM, onde há maior número de profissionais nutricionistas foi a realização de capacitações voltadas para essas profissionais que atuam na Atenção Básica:

*Mas o que a gente preza é que esse grupo de nutricionistas, a gente focou muito na capacitação. Tem que ser um grupo muito forte. [...] ele tem que conversar com qualquer profissional, com médico, com enfermeiro, com um nutricionista de outro serviço. Ele tem que estar muito seguro na conduta dele, porque a pressão é muito forte para produto industrializado. E tem que estar muito seguro em relação ao paciente e a conduta tem que ser segura (Entrevistada 2).*

A menção acima destaca um processo de capacitação voltado para o fortalecimento da conduta das profissionais que implementam a PNAN na prática, a fim de não cederem às pressões que são trazidas especialmente para utilização de produtos comerciais para pessoas com necessidades alimentares especiais. Em outro momento também cita a abertura existente entre gestão e assistência, para sugestão de outros temas a serem oferecidos em capacitações.

As capacitações têm sido uma das estratégias mais utilizadas para enfrentamento dos problemas presentes nos serviços de saúde, caracterizadas como “ações intencionais e planejadas que tem como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios” (BRASIL, 2009d, p. 29)

Entretanto, nem toda capacitação implica num processo de educação permanente. Alguns cuidados são necessários para evitar que haja uma simplificação desse processo, uma visão instrumentalizada e imediatista da educação que se baseia em momentos estratégicos, mas pontuais, viabilizados por meio de programas e projetos. É necessário que o desenho e execução dessas práticas partam de uma análise estratégica e da cultura do serviço no qual está inserida, sempre articuladas a uma estratégia maior de mudança institucional (BRASIL, 2009d).

Embora estratégicas, as capacitações precisam estar alinhadas ao conjunto de ações também estabelecidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada em 2007, que reforça o papel do governo

municipal em formular e promover ações de educação permanente, orientados pela integralidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2007b).

#### 4.4.5 A carreira, a estabilidade e a garantia da continuidade das ações de nutrição

A priorização por garantir a realização dos concursos públicos na área da saúde e da nutrição também foi trazida nas entrevistas de municípios de maior IDHM como estratégia para vencer os desafios:

*Nós resolvemos um problema que era bem sério no município, que grande parte dos profissionais eram terceirizados, nós começamos lá em 2013 com a realização de concurso público. Então até 2014 nós tínhamos uma nutricionista na Rede e hoje nós temos 5. E a vontade nossa é inclusive ampliar. Então na época eram 70% dos profissionais terceirizados hoje é o contrário, nós temos, acho que gente chega a 2 ou 3%. Eu só tenho um terceirizado dentro da urgência e emergência, pronto atendimento. Os demais são todos profissionais efetivos da Rede (Entrevistada 9).*

O fato dos profissionais de saúde que compõem o quadro de funcionários e funcionárias da secretaria de saúde serem concursados e concursadas, sugere a possibilidade de maior garantia de continuidade dos processos de atenção e cuidado à população, independentes de mudanças políticas, especialmente no que tange ao estabelecimento e manutenção de vínculo com a comunidade e com as equipes.

Franco (2006) destaca que o trabalho em saúde se dá a partir de uma rede de relações que evoca a ideia de pertença, cuja ideia perpassa o conceito de que os trabalhadores pertencem uns aos outros e os mesmos se conectam mediante fluxos integrativos com outras equipes e unidades e consequentemente com o território e município.

O estabelecimento dessas redes de relações e do próprio trabalho em saúde é resultado de encontros e troca de afetos, sendo essa construção realizada cotidianamente nos serviços de saúde (ARCARI et al., 2020). Assim, a garantia de profissionais efetivos como parte das equipes, pode ser um potencial no estabelecimento de vínculos com a equipe e território, dado a possibilidade de maior tempo de permanência, da convivência e de conhecimento da realidade.

Cabe destacar a presença de nutricionistas terceirizadas em município de menor IDHM, sendo uma delas atuante há seis anos na Secretaria de Saúde. Apesar de ficar claro o conhecimento sobre o território e seu vínculo estreito com equipe de saúde e comunidade, em uma das falas fica evidente a dificuldade presente quando há esse tipo de vínculo empregatício:

*Acho que pelo fato assim, sendo bem sincera, de eu não ser concursada, isso limita muitas vezes o meu trabalho. Eu gostaria de fazer muito mais e gostaria de brigar muito mais, é que eu não posso [risada]. Eu sou CLT. Então as vezes você tem que engolir sapo, não concordar, porque eu sempre falo assim, eu nunca vou concordar com algo que foge da minha ética do meu trabalho, eu não vou fazer nada que seja errado, mas eu muitas vezes posso ver, mas não posso falar, não posso, entendeu? Então, no meu ponto de vista o que me limita um pouco assim, não que se eu fosse concursada..., mas tem uma diferença. “Ah, não está bom para você? Tchau” Né? É mais ou menos isso. “Ah! Você quer fazer diferente?”. Eu acredito que isso é um pouco, limita assim, o nosso trabalho (Entrevistada 13).*

Há uma limitação presente no trabalho das profissionais em decorrência do vínculo mais frágil que apresenta com a instituição, diferente de um concurso público quando se tem uma estabilidade garantida por meio de legislação.

Fica evidente que, enquanto municípios de maior IDHM têm como estratégias o investimento nos profissionais ativos, os municípios de menor IDHM citam como estratégias a otimização dos profissionais que compõem o quadro de funcionários, a contratação desses profissionais mediante a adequação dos recursos humanos disponíveis e diálogo direto com prefeitos e gestores para viabilizar a sua contratação:

*O município procura o máximo possível enxugar a folha. Todos são obrigados a fazer isso também. Eu sou obrigado a fazer isso, então sempre estou com o prefeito e ele procura, no máximo possível, ficar entre o limite. Que a opinião pessoal que eu tenho é que a saúde e educação não deveriam ter índice [risada]. Essa é a minha opinião pessoal. Então é o sonho de todo gestor [risada]. Então o prefeito procura o máximo possível, fazer o enxugamento de folha (Entrevistado 20).*

A contratação de novos profissionais encontra seu limite na Lei de Responsabilidade Fiscal, o que corrobora com o encontrado por Arcari et al (2020) em seu estudo com gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul. O autor ressaltou que a queixa relacionada à limitação da capacidade de gestão em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal, esteve

presente na fala da maioria dos gestores independente do porte do município. Acrescenta a sugestão da realização de mais pesquisas que esclareçam a existência dessa relação entre a capacidade de gestão e essa lei vigente.

A opinião do entrevistado sobre não ser necessário estabelecer um teto de contratação de profissionais para a área da educação e a saúde é coerente com resultado de alguns estudos que reiteram os impactos negativos da lei supramencionada no setor da saúde, por limitar a contratação de profissionais em uma área que exige uma diversidade ampla de profissionais na garantia da integralidade e universalidade do cuidado. Estratégias como terceirização das atividades, diminuição e exclusão de cargos são mencionados pelos autores como ações utilizadas para evitar sanções fiscais (MEDEIROS; TAVARES, 2012; ARCARI et al., 2020).

#### 4.4.6 O registro de metas e seus desdobramentos

A cobrança para alcance e registro de metas por parte dos profissionais e o monitoramento de suas ações foram trazidos como estratégicos em municípios de maior e menor IDHM:

*Devido ao desafio da obesidade, por exemplo, os indicadores de excesso de peso e de desnutrição da criança, estão no [menciona documento municipal]. Então é uma forma de monitorar como está acontecendo, ou como está o perfil nutricional dessas Unidades [...] porque a gente quer que as pessoas vejam que é um desafio que ele tem que achar soluções, não só esperar soluções do nível central, de regional, nacional, mas que tem que encontrar soluções locais também. [...] também a nível das ações de alimentação da nutrição especificamente, a gente também hoje tem instrumentos que avaliam o desempenho dos profissionais (Entrevistada 2, maior IDHM).*

*Então todo mês eu pego o relatório de quem trabalhou [...] A princípio a gente está trabalhando com os profissionais para fazer digitação. Eles sabem que eu trabalho, conheço todo mundo, conheço todos os meus funcionários. Todos eles são meus amigos. Então eu vejo que eles trabalham, mas a produção está baixa... então o que acontece? Não é ele que deixou de trabalhar, não colocou no sistema (Entrevistado 20, menor IDHM).*

A fala de entrevistado de município de maior IDHM, agrega à estas estratégias a elaboração de indicadores que subsidiam o diagnóstico da situação nutricional.

Torna-se importante compreender o SUS e suas redes de atenção à saúde, conforme fala evidenciada em entrevista realizado em município de maior IDHM:

*A gente tem que conhecer o SUS como um todo, na verdade, eu acho que importante é que não dá para ficar só pensando que você vai para Unidade de Saúde, que é só trabalhar com consulta ou só promoção. Para você ser eficaz você tem que conhecer o todo, quem que é o prestador que vai atender teu paciente lá na atenção especializada, se está tendo algum problema eu faço contato. Se não está acontecendo, vamos tentar descobrir como é que foi esse contrato, tem alguma coisa que não está acontecendo que deveria acontecer. Eu acho que é assim que se faz a gestão. Mas a gente foi percebendo que não pode ficar, só em um lugar (Entrevistada 2).*

As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que têm como objetivo a garantia de integralidade do cuidado mediante sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Para garantia da efetividade da implantação e execução da RAS ela deve conter alguns atributos tais como a definição da população e território, uma grande variedade de estabelecimentos de saúde, atenção primária como porta de entrada, atenção à saúde com enfoque no indivíduo e coletividades, recursos humanos suficientes, financiamento tripartite, criação de sistema logístico e de suporte, entre outros (BRASIL, 2010d). O conhecimento das ofertas de serviços e da operacionalização logística de estratégias de referência e contra-referência é estratégico para a garantia do funcionamento destas redes.

Para alcance de uma efetividade, metas e indicadores precisam subsidiar ações capazes de transformar a realidade, quando esta contribui para a determinação de processos de doença, ou até mesmo uma ação que fortaleça processos promotores de saúde já presentes naquela realidade. Quando a ação não se torna consequência do planejamento, há o risco da geração de dados se tornar um fim em si mesmo.

O entrevistado de menor IDHM identifica essa realidade em sua vivência:

*Eu vejo... eu vejo ainda, muita falha, entendeu? Muita falha mesmo. Desculpe se eu chorar que eu sou emotivo. [pausou porque estava bastante emocionado]. O que me emotiva sabe.... [chorando, pausa por um tempo]. Eu digo assim, eu jamais vou discutir a parte técnica, que a minha parte é administrativa, mas desde que eu fazia o SISVAN e ainda faço, eu sempre me perguntava: "Meu Deus do céu! Eu informo, mas não tem continuidade, entendeu?" Eu vejo, bonitinho, essa criança baixo peso, pára em mim. Eu estou informando número, mas para mim número é pessoa, entendeu? E na época que houve a*

*[menciona o nome de um colega] ela falava para mim: “Passe para nutricionista. Porque eu entenderia que seria a nutricionista a pessoa mais viável para fazer esse serviço. Porque eu informo, mas eu vejo que parou ali. Ai quando eu fui ensinar para ela, ela pegou licença e ficamos sem nutricionista. Então eu continuo fazendo. Então eu vejo que eu faço um serviço que seria mais importante, porque eu falo assim, número para mim é uma pessoa entendeu? Eu não deixo aquele número passar [volta a chorar e se emocionar novamente]. E eu vejo que não tem valor (Entrevistado 7).*

A seriedade, comprometimento e sensibilidade expressos na fala acima, evidenciam a situação alarmante da descontinuidade de processos de cuidado e gestão. O relato expressa uma dificuldade em manter a integralidade do cuidado e dos processos de planejamento, a fim de gerar uma ação capaz de transformar a realidade. O entrevistado acima, se emociona ao reiterar, repetidas vezes, que para ele “números são pessoas”, e o fato destes números serem utilizados somente para demonstração de alcance de metas em relatórios de acompanhamento o faz questionar o propósito e valor de seu trabalho. A integralidade em saúde é responsabilidade do serviço e de todos os atores envolvidos nesse cuidado e qualquer ruptura nessa rede de atenção pode gerar consequências sérias na saúde da comunidade.

A dificuldade de gestão do cuidado na Atenção Primária e entre outros níveis de atenção foi também encontrada por Pena et al. (2019) em municípios de uma mesma regional do Rio Grande do Sul. Em seus achados, evidencia que há ainda muita falha de comunicação entre os diferentes níveis de atenção e uma fragilização no compartilhamento de informações entre municípios da mesma Região de Saúde, gerando problemas de contra referência que fragmentam o cuidado em saúde, em especial no cuidado com doenças crônicas.

Complementarmente outros trechos de entrevista evidenciam outros aspectos concernentes ao modo de pensar e agir dos diferentes atores do sistema de saúde, diante da atenção ao cuidado:

*Então eu acredito que a minha vinda pra [cita o município] foi um olhar assim, de que fazer acreditar que um SUS pode acontecer (Entrevistada 6, maior IDHM).*

*Eu caí na recepção e pensei “Como eu vou atender esse pessoal?” Eu nunca considerei paciente. Eu considerei cliente, como quando eu trabalhava de garçom. E eu lembro quando minha mãe era viva eu disse: “Mãe, eu tenho meu jeito de trabalhar”. Não do modo bruto dizer, mas eu dizia assim: “Mãe, eu vou dizer uma coisa pra senhora, não vou dar preferência pra ninguém” Eu vou tratar todo mundo igual.*



*Entendeu? Se a senhora precisar, a senhora iria esperar na fila e eu iria fazer da melhor maneira, entendeu? E fiz. E eu lembro quando chegou a primeira-dama, eu pedi pra ela aguardar. O pessoal sabia que ela era a primeira-dama, ela é um ser humano. E aquilo repercutiu positivamente. Que ela chegou e gostou da atitude, que ela falou assim “Parabéns”. Depois de uma semana me chamaram e disseram assim “Parabéns, que você não me deu preferência, tratou todo mundo igual”. E aquilo foi gratificante para mim. E assim que eu trabalhei (Entrevistado 7, menor IDHM).*

A fala acima destaca que, a postura que se assume diante do trabalho, a relação com a comunidade, o vínculo que se estabelece bem como a manutenção desse processo de continuidade do cuidado são estratégias indispensáveis na gestão de ações de alimentação e nutrição e na assistência de indivíduos, famílias e coletividades.

A compreensão da lógica da micropolítica presente, entendida como agir cotidiano dos sujeitos e a relação destes entre si e com o cenário em que se encontram, torna-se fundamental. Franco (2006) elenca algumas limitações presentes na rede básica do SUS:

a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se veem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários (FRANCO, 2006, p. 460).

Diante desse fator limitante o autor afirma que quando o processo de trabalho em saúde, funciona com a hegemonia de um “trabalho vivo”, tem o potencial de revelar “um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva” (FRANCO, 2006, p. 459).

Assim, dentre as estratégias citadas por entrevistados e entrevistadas de municípios de menor IDHM têm-se a centralização de inserção de dados em sistemas vinculados às ações de alimentação e nutrição, a otimização de profissionais de saúde que já compõem o quadro de funcionários bem como o diálogo direto como secretários de saúde e prefeitos para agilizar as respostas às demandas existentes. Dentre as estratégias elencadas em municípios de maior IDHM foram citadas as compras de material antropométrico, a

descentralização de programas e ações de saúde, a capacitação periódica de nutricionistas, a priorização por concursos públicos, a elaboração de indicadores e diagnósticos da situação alimentar e nutricional e a importância da compreensão do SUS e de suas redes de atenção à saúde.

Ambos os grupos evidenciaram como estratégicos, a elaboração de protocolos de atenção alimentar e nutricional, a informatização dos sistemas, o desenvolvimento de materiais gráficos utilizados nos atendimentos individuais e coletivos, a utilização de dados do SISVAN e a cobrança vigilante dos profissionais em relação as metas e monitoramento de produtividade.

Fica evidente no decorrer das falas das entrevistadas e dos entrevistados de municípios de menor IDHM, que majoritariamente consideram questões mais operacionais e técnicas como estratégias para resolução de seus problemas na gestão de ações de alimentação e nutrição, enquanto que as falas de municípios de maior IDHM, refletem a vivência de um sistema em um nível mais avançado de implementação, deixando transparecer a estrutura existente e sua complexidade frente a uma realidade de demandas desafiadoras e diferenciadas dos municípios de menor IDHM. Estes, por outro lado, se deparam igualmente com inúmeras dificuldades e desafios, mas com estruturas precárias para dar conta de tal enfrentamento, tendo que lançar mão de muitas táticas e estratégias para viabilizar o essencial e conseguir avançar.

Carlos Matus (1996) estabelece uma diferenciação entre as ações que podem ser consideradas uma “tática”, quando são utilizadas para facilitar a ação necessária e as que poderiam ser “estratégicas”, aquelas que efetivamente conduzem ao alcance dos objetivos. Na prática, essa diferenciação deve ser analisada durante o processo de planejamento e estabelecimento dessas ações, uma vez que os dois conceitos se mesclam no discurso produzido pelos entrevistados e pelas entrevistadas. A menção à priorização da compra de equipamentos como antropômetros ou a montagem de materiais educativos com os recursos do próprio profissional para que a ação aconteça quando o município não dispõe de recursos poderiam ser consideradas mais como táticas do que como estratégias segundo as definições supramencionadas.

Mario Testa (1981), que trabalhou com Matus na construção dos princípios do planejamento estratégico em saúde, afirma que o centro da problemática estratégica é o poder, sendo este uma categoria explicativa que se

estabelece em uma relação, a partir da capacidade possuída por alguém, ou por um grupo de pessoas para definir o caminho que será tomado. O autor diferencia poder administrativo, técnico e político. O primeiro é relativo às atividades que envolvem manejo de recurso, o segundo constituído a partir da capacidade de intervenção ou ação gerada mediante o uso de conhecimento e tecnologias específicos de um determinado campo no âmbito da saúde e o último aquele que tem relação com a defesa de interesse dos envolvidos segundo suas concepções e visões de mundo e capacidade de articulação para tornar possível determinado objetivo. A relação entre essas distintas formas de poder definirá a estratégia e o alcance do objetivo vislumbrado.

Assim, a identificação dos atores envolvidos no planejamento e tomada de decisões, bem como os poderes para que seja possível realizar determinadas decisões são importantes para compreensão das estratégias definidas no avanço e alcance do propósito da PNAN: contribuir com a melhora das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis o desenvolvimento de ações, a vigilância alimentar e nutricional documentada nos sistemas de informação da saúde tal como o SISVAN, a prevenção e o cuidado integral dos agravos com relação à alimentação e nutrição.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente trabalho evidenciam a necessidade de compreender e considerar a percepção dos gestores e das gestoras municipais e nutricionistas sobre os desafios, potencialidades e estratégias encontradas por estes para a garantia da gestão da PNAN no nível local. Os desafios que se apresentam e precisam ser enfrentados no sistema de saúde são inúmeros e têm relação com a implementação de uma série de políticas e suas respectivas ações que se interpenetram no território para que o direito à saúde seja garantido, considerando a importância estratégica que o direito humano à alimentação e nutrição adequadas têm para que a promoção da saúde se concretize.

Embora estejam presentes falas que reconhecem o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, foram mais frequentes comentários que consideram a atuação incipiente da gestão em saúde do estado do Paraná. Essa situação penaliza ainda mais os municípios de IDHM mais baixo, que necessitam de um apoio maior em função das suas dificuldades de caráter estrutural e a maior parte das vezes, baixa arrecadação e uma situação de isolamento. Chama também a atenção que os recursos específicos para as ações de alimentação e nutrição definidas pelo Ministério da Saúde, não contemplem municípios com população inferior a 30 mil habitantes e sim os maiores e mais estruturados, pois são eles que muitas vezes apresentam as maiores dificuldades para viabilização de suas ações. Da mesma forma são os municípios menores e de menor IDHM que não apresentam número suficiente de profissionais de saúde e sofrem por não contarem com o profissional nutricionista em seus quadros para o desenvolvimento de ações específicas que cabem a esse profissional no campo das ciências da saúde.

O Brasil consiste em um país com dimensões continentais e conta com os governos estaduais e suas respectivas regionais para garantir um suporte mais adequado para a capilarização das políticas sociais e a sua devida efetivação no nível municipal. Por outro lado, sabe-se que o maior contingente de recursos ainda fica concentrado no governo federal, que os estados apresentam queixas em relação à fatia que lhes cabe do orçamento e as responsabilidades que devem assumir e que arcam com uma parte importante

das responsabilidades e custos para a efetivação de ações essenciais para garantir a saúde e a qualidade de vida de sua população. É necessário, no entanto registrar uma condição ainda pior por parte dos municípios brasileiros, que de 1988 até o presente momento vêm assumindo cada vez mais responsabilidades pela implementação das políticas sociais, sem as condições suficientes para tal. Portanto há que se avançar na construção de melhores condições financeiras, administrativas e técnicas para que cada ente federado possa assumir a parte que lhe cabe na implementação da PNAN, do sistema e da política de saúde como um todo.

A PNAN apesar de ser um instrumento norteador da prática da nutricionista no campo da saúde coletiva, ainda é pouco conhecida por estas profissionais e ainda menos por profissionais gestores de áreas às quais a nutrição está submetida. É urgente a necessidade de otimização de estratégias de educação permanente que possibilitem primeiramente uma divulgação mais aprofundada sobre o conteúdo da política, seguida da sensibilização sobre a importância de utilizá-la como instrumento de gestão e planejamento de ações e serviços de saúde de alimentação e nutrição, bem como instrumento avaliativo do que é desenvolvido e realizado pelas secretarias municipais, de maneira a nortear as condutas e direcionamento das ações.

Para além disso é preciso viabilizar estratégias estaduais efetivas de apoio local que possibilitem o suporte adequado aos gestores e gestoras para que a implementação da PNAN possa ser efetivada, considerando diversidade presente na RMC no que concerne a situação geográfica, econômica, demográfica e social dos municípios, a organização do sistema de saúde diante da estrutura física e composição de profissionais que integram o SUS, as limitações fiscais e orçamentárias a que estão submetidos, o perfil de gestores locais e as inúmeras compreensões que esses atores têm sobre a área de alimentação e nutrição.

A organização da atenção nutricional observada nos municípios participantes da pesquisa não se dá de maneira padronizada. É preciso um olhar atento ao definir a organização da atenção nutricional municipal uma vez que o estabelecimento dela deve responder de maneira efetiva às necessidades de saúde da população local, ainda que diante de inúmeros desafios. Além disso, vale destacar a importância de definir os fluxos e a ordenação do cuidado aos

princípios e diretrizes de políticas públicas do SUS e de SAN para a garantia de sua institucionalidade.

A divisão dos municípios em grupos de maior IDHM e menor IDHM foi definida por compreender que o IDHM compõe indicadores importantes para a compreensão do contexto municipal. Entretanto evidenciou-se que seja diante de inúmeras dificuldades políticas, geográficas, econômicas, sociais, seja diante de inúmeras potencialidades e condições favoráveis para implementação de políticas, os municípios onde havia maior estrutura em relação a implementação da PNAN e contemplava maior parte das diretrizes foram aqueles em que havia uma organização da Atenção Nutricional mais estruturada e uma valorização da atuação da nutricionista por parte dos gestores e gestoras. Tal resultado corrobora com o que é expresso pela imagem gráfica apresentada pelo Ministério da Saúde com as diretrizes da PNAN, onde a organização da atenção nutricional ocupa a centralidade, relevante para a efetivação das outras diretrizes.

Ainda que a atenção nutricional não seja uma prática exclusiva da nutricionista, a presença deste profissional e a sua atuação nos municípios revelou-se fundamental para dar visibilidade à potencialidade que as ações de alimentação e nutrição representam para a promoção de saúde de indivíduos e coletividades, principalmente para gestores da Atenção Básica, secretários e secretárias de saúde. Entretanto mesmo diante da ausência dessa profissional foram identificadas ações e programas pontuais em municípios em que os gestores e as gestoras compreendiam a importância da temática e desenvolviam estratégias de organização e otimização de recursos materiais e profissionais de outras áreas, com o objetivo de atender as demandas ou proporcionar ações visando a promoção de saúde e o direito humano à alimentação adequada.

O apoio da gestão municipal para a consolidação de ações e programas de alimentação e nutrição, especialmente com a presença de nutricionistas foi um fator determinante da qualidade da atenção nutricional oferecida nos municípios. A conduta de gestores e gestoras que compreendem as potencialidades da Nutrição abre espaço na gestão do SUS para processos de institucionalidade da PNAN que garantem avanços e estabelecimento de políticas e instrumentos estruturantes tais como protocolos e a inserção das ações no planejamento do SUS. Assim, há maior garantia da permanência de

ações e programas de alimentação e nutrição mesmo diante de instabilidades políticas e administrativas.

Compreende-se como limitação no presente estudo, a dificuldade apresentada para efetuar a distinção entre as categorias intituladas potencialidades e estratégias, uma vez que muitas vezes uma se sobrepõe à outra, ou até mesmo se complementam. Outro fator a ser considerado foi a diversidade dos municípios que fizeram parte da amostra, com suas especificidades e amplo perfil de entrevistados e entrevistadas, na tentativa de compreender as relações existentes entre os profissionais envolvidos na gestão de políticas e programas de alimentação e nutrição. Se por um lado o escopo do trabalho possibilitou a melhor compreensão do contexto geral da RMC, por outro limitou a discussão de especificidades e detalhamentos importantes para o aprofundamento de aspectos únicos presentes em municípios, que contribuem para delineamento da organização da atenção nutricional, para a compreensão dos desafios, potencialidades e estratégias percebidas no nível local. Para tanto serão necessárias futuras análises com recortes específicos que possibilitarão um maior aprofundamento sobre as realidades dos municípios que fizeram parte do trabalho.

Considerando tantos desafios vivenciados no seu cotidiano de trabalho, cabe reconhecer o valor de todos esses gestores, gestoras e profissionais de saúde que na sua luta diária em termos de atuação em suas redes e diferentes níveis de complexidade garantem o avanço do SUS. Destaca-se a relevância da sensibilidade aliada ao profissionalismo muito evidente em algumas falas afirmando a compreensão de que processos de cuidado envolvem atenção humanizada e, portanto, tornam imprescindível a continuidade da atenção à saúde de maneira integrada, ao considerar que “número é uma pessoa, entendeu?” Ou seja, o que seria da população usuária do SUS sem os trabalhadores de saúde? São eles que, sensibilizados com as condições de vida e de saúde da população movem o sistema na direção necessária para a realização do cuidado com vistas à promoção da saúde.

Nesse cenário há que se reconhecer a importância da Atenção Primária em Saúde, que conta com a Estratégia da Saúde da Família como principal estratégia para organização da sua ação e construção efetiva da promoção da saúde no território. Entende-se, no entanto, que essa construção é

multidimensional e deve considerar o papel específico de cada um dos campos da promoção da saúde: as políticas públicas promotoras de saúde que atuam no território, o reforço da atuação comunitária, a criação de ambientes promotores de saúde e de segurança alimentar e nutricional, o desenvolvimento de habilidades pessoais para o cuidado e a contínua reorientação do sistema de saúde na direção inversa do histórico e tradicional modelo biomédico.



## REFERÊNCIAS

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1032–1039, 2017.

ALCANTARA, C. M. Processo de terceirização na Secretaria Municipal de Saúde de Almirante Tamandaré, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 871–873, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. de. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11–34, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1677–1682, 2013.

ALVES, C. G. L. **Competências Para a Atenção Primária À Saúde – Uma Proposta Para a Atuação Do Nutricionista**. 2018. 270f. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

ALVES, K. P. de S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, nov. 2014.

ARAGÃO, J. A. **Acesso à Saúde na Atenção Básica prestada aos quilombolas**, Piauí. 2014. 102f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ARCARI, J. M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407–420, 2020.

ARRUDA, B. K. G. de; ARRUDA, I. K. G. de. Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos. In: TADDEI, J. A. et al. (Ed.). **Nutrição em Saúde Pública**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. p. 397–410.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARRETT, S. M. Implementation studies: Time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. **Public Administration**, v. 82, n. 2, p. 249–262, 2004.

BASTOS, S. Q. de A.; GOMES, B. S. de M. Distribuição dos profissionais de saúde: uma análise para os estados brasileiros, 2010. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos (RBERU)**, v. 8, n. 2, p. 109–122, 2014.

BONAMIGO, T. P. Excesso de médicos na Região Sul do Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 55, n. 2, p. 160–163, 2011.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33–42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **I Conferência Nacional De Alimentação e Nutrição. 8ª Conferência Nacional De Saúde**, 1986a.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986b. .

BRASIL. **Constituição (1988).Constituição: República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília DF, 1988. .

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

BRASIL. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde**, p. 1–19, 1999. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília DF: **Ministério da Saúde**, 2002.

BRASIL. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional: textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. p. 1–80, 2004a.

BRASIL. Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a lei 10.386/2004 que cria o Programa Bolsa Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comu. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**, p. 1–10, 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 4 set. 2020.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 - Relatório final. **Ministério da Saúde**. Brasília DF: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2008.

BRASIL. Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília DF: **Ministério da Saúde**, 2009b. v. 1

BRASIL. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da Educação Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006, 2009d.

BRASIL. Decreto nº 7.272 de 25 de agosto de 2010. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos., p. 1–8, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª edição ed. Brasília: Sérgio B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, 2010b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.975 de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Ministério da Saúde**, 2011a.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão administrativa e financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Esquipes de Sapude da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações especif. **Ministério da Saúde**, p. 11–12, 2012a.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2012b.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes pra a implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre o incentivo fi. **Ministério da Saúde**, 2013b. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.htm)  
|>. Acesso em: 7 maio. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.738 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 Aliment. **Ministério da Saúde**, 2013c.

BRASIL. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. Programa Brasil Quilombola. **Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de

Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Cuidados em Terapia Nutricional**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 3

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 51 - SEI/2017 - CGAA/DAB/SAS/MS Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). **Ministério da Saúde**, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Instrutivo sobre o incentivo financeiro das ações de alimentação e nutrição. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018a.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania Caderno. Departamento de Operação. Coordenação- Geral de apoio à Gestão Descentralizada. **Caderno do IGD-M**, p. 1–78, 2018b.

BRASIL. **Condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.sedes.df.gov.br/condicionalidades-bolsa-familia/>>. Acesso em: 16 abr. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Balanço de Gestão 2015-2018 Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Brasília: **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição**, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Relatório de gestão 2015-2018**, 2018e.

BREILH, J. Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Ed.).

**Determinação social da saúde e reforma sanitária.** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. p. 87–125.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios Da Referência E Contrarreferência Na Atenção Em Saúde Na Perspectiva Dos Trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2016.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 851–860, 2009.

BURLANDY, L. et al. Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 2, n. 4, 2014.

BURLANDY, L.; BOCCA, C.; MATTOS, R. A. de. Mediações entre conceitos, conhecimento e políticas de alimentação, nutrição e segurança alimentar e nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 1, p. 9–20, 2012.

BURLANDY, L.; MALUF, R. S. Soberania Alimentar - dimensões de um conceito em construção e suas implicações para a Alimentação no cenário contemporâneo. In: TADDEI, J. A. et al. (Ed.). **Nutrição em Saúde Pública**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 457–469.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: COSTA, D. C.; FREITAS, C. M. DE (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003. p. 174.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14–24, 2004.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, 2016.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CAMPOS, G. W. de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337–2344, 2010.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a promoção da saúde contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 31, n. 2, p. 115–120, 2012.

CARVALHO, D. B. B. de et al. Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 449–458, 2011.

CASTRO, A. L. B. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Financiamento da atenção básica no SUS. In: Rede de Pesquisa APS, **Anais...2018**. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>>.

CASTRO, J. de. **Geopolítica da Fome**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1951.

CASTRO, J. de. **Geografia da Fome - o dilema brasileiro pão ou aço**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CFN. **Conselho Federal de Nutricionistas. Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil**. Disponível em: <<http://pesquisa.cfn.org.br/>>. Acesso em: 20 set. 2020.

CFN. (Conselho Federal de Nutricionistas). Resolução nº 600 , de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetivid. **Conselho Federal de Nutrição (CFN)**, 2018.

CHAUD, D. M. alves; MARCHIONI, D. M. L. Nutrição e Mídia: uma combinação as vezes indigesta. **Higiene de Alimentos**, v. 18, n. 116, p. 18–22, 2004.

CIAN. **Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição. Relatório Final Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS PNAN 10 Anos - Relatório final**. Brasília, 2010. .

CNDSS. **(Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde) As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da CNDSS**. Brasília: CNDSS, 2008.

COITINHO, D. C. et al. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**. Instituto ed. Brasília, DF: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil), 1991.

COMEC. **A Região Metropolitana de Curitiba**. Disponível em: <<http://www.comec.pr.gov.br/Pagina/Regiao-Metropolitana-de-Curitiba>>. Acesso em: 11 out. 2020.

CONSEA. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil. Indicadores e monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. **Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, p. 284, 2010.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. 67, p. 1183–1195, 2018.

COUTINHO, A. O. N. A alimentação do brasileiro : “uma visão histórica”. **Saúde em Debate Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**, p. 32–39, dez. 1988.

DEMÉTRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutricao**, v. 24, n. 5, p. 743–763, 2011.

DEUBEL, A.-N. R. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Como elaborar las políticas públicas. Quién decide. Cómo realizarlas. Quién gana o pierde**. 6ª Edición ed. [s.l.] Ediciones Aurora, 2007.

EMATER. **Desenvolvimento territorial - proposta de trabalho**. Disponível em: <<http://www.emater.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=143>> . Acesso em: 8 set. 2020.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Revista RADIS. O Ronco da Fome: no semiárido nordestino, histórias de resistência aos cortes que podem levar o Brasil de volta ao Mapa da Fome. **Radis**, v. 186, p. 15–24, 2018.

FAO; IFAD; WFP. **Food and Agriculture Organization of the United Nations. International Fund for Agricultural Development. World Food Programme. The State of Food Insecurity in the World. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition**. Rome: Food and Agriculture Organization of The United Nations, 2014.

FASOLO, N.; PEREIRA, G. P.; PIVATTO, N. S. O processo de reordenamento territorial por que passou o Estado do Paraná a partir da década de 1990. **Synergismus scyentifica UTFPR**, v. 10, n. 2, p. 22–27, 2015.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: Perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1674–1681, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3–4, 2007.



FRANÇA, C. de J.; CARVALHO, V. C. H. dos S. de. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 932–948, 2017.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE; ORGANIZADORES (Ed.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS UERJ, 2006. 1p. 459–474.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 67ª edição ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. (FNP). **G100 Municípios populosos com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade socioeconômica - Frente Nacional dos Prefeitos**. Brasília: Frente Nacional de Prefeitos, 2018.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. (FGV). **Food consumption in Brazil: family budget survey in the early 1960's**. Jerusalém: Keter Press, 1970.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 11–19, 2014.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: Um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877–2887, 2011.

HILL, M.; VARONE, F. The public policy process. **The Public Policy Process**, p. 1–414, 2005.

IBGE. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 1989. Disponível em: <[http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito\\_populacional\\_pnsn](http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito_populacional_pnsn)>. Acesso em: 16 ago. 2018.

IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 Antropometria e Estado Nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) - **Censo demográfico**

**2010.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques>>. Acesso em: 25 nov. 2019b.

IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, DF: PNUD, IPEA e FJP, 2013.

IBGE. **PNAD: Insegurança Alimentar e Nutricional nos domicílios cai de 30,2% em 2009 para 22,6% em 2013.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14735-asi-pnad-inseguranca-alimentar-nos-domicilios-cai-de-302-em-2009-para-226-em-2013>>. Acesso em: 2 out. 2020a.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): segurança alimentar 2013.** [s.l.] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014b. v. 39

IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **IBGE - Paraná.** Disponível em: <[ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html](http://ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html)>. Acesso em: 29 nov. 2019.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: primeiros resultados.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019a.

IBGE. **IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9050-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 10 nov. 2019b.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 Análise da Segurança Alimentar no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IPARDES. (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal segundo os municípios do Paraná.** Disponível em: <[http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/IDHM\\_municipios\\_pr.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/IDHM_municipios_pr.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

IPARDES. (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Os vários paranás: as especialidades socioeconômicas-institucionais no período 2003-20015.** Curitiba: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), 2017.

IPARDES. (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Perfil da Região Metropolitana de Curitiba.** Disponível em: <[http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=921&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=921&btOk=ok)>. Acesso em: 28 nov. 2019a.

IPARDES. (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Paraná em números.** Disponível em:

<<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Parana-em-Numeros>>. Acesso em: 29 nov. 2019b.

IPARDES. (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Indicadores selecionados - Paraná**. Disponível em: <[http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos\\_restritos/files/documento/2019-10/indicadores\\_selecionados.pdf](http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-10/indicadores_selecionados.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2019c.

IPEA. (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada). **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil da Região Metropolitana de Curitiba**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_rm/curitiba](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/curitiba)>. Acesso em: 24 nov. 2018.

JAIME, P. C. O Nutricionista nas Políticas Públicas : atuação no Sistema Único de Saúde. **CFN**, 2013.

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

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade e redes sociais. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 7–10, 2000.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 525–545, 2015. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.htm](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.htm)>. Acesso em: 5 jun. 2020.

LABRA M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Fio Cruz ed. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2006.

LANG, R. M. F.; RIBAS, M. T. G. de O. O nutricionista e as ações de Nutrição em Saúde. In: TADDEI, J. A. DE A. C. et al. (Ed.). **Nutrição em Saúde Pública**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 437–452.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, v. 1976, p. 7–25, 1982. Disponível em: <[https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2020.

LEAL, M. do C.; BITTENCOURT, S. A. Informações nutricionais: o que se tem no país? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 551–555, 1997.

LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. New York: Russel Sage Foudantion, 1980.

LOTTA, G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 26, n. 66, p. 145–173, 2018.

LOTTA, G. S. **A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2019.

MAGALHÃES, M. V.; CINTRA, A. P. de U. Dinâmica Demográfica do Paraná: tendências recentes, perspectivas e desafios. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, n. 122, p. 263–291, 2012.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MALUF, R. S.; REIS, M. C. dos. Conceitos e Princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. In: **Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2013. p. 15–42.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5–13, 2004.

MATUS, C. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. Tradução de: SAUVEUR, G.B. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MEDEIROS, K. R. de; TAVARES, R. A. W. **Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a lei de responsabilidade fiscal**. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/lil-654215?lang=pt>>. Acesso em: 20 set. 2020.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. de A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1153–1167, 2009.

MELO, O. C. Aspectos quantitativos e qualitativos da formação de médicos e plano de redistribuição geográfica dos mesmos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 17, n. 1, p. 323–330, 1971.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900–916, 2014.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 190–203, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103–1112, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, 2001.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. de la H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 3, p. 465–474, 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. ENDEF e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. suppl 1, p. 85–S95, 1993.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: evolução do país e suas doenças**. 2ª edição ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2001.

MONTEIRO, C. A. et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 13, p. 2311–2322, 2015.

MOREIRA, H. B. **A pedagogia histórico-crítica durante o governo Jaime Lerner no Paraná (1995-2002)**. 2016. 12 145f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Cascavel, PR, 2016. Disponível em: <<http://tede.unioeste.br/handle/tede/3369>>. Acesso em: 9 out. 2020.

MUITO ALÉM DO PESO. **Obesidade: a maior epidemia infantil da história**. Disponível em: <<https://muitoalem dopeso.com.br/sobre/>>. Acesso em: 3 set. 2020.

NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G. V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gazeta médica da Bahia**, v. 75, n. 2, p. 162–168, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 397–406, 2009.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação das unidades de pronto

atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 125, p. 1–12, 2017.

OLIVEIRA, M. S. da S.; SILVA-AMPARO, L. Food-based dietary guidelines: A comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 210–217, 2018.

OMS. (**Organização Mundial da Saúde**). **Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Genebra: Organización Mundial de La Saúde, 1978.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Paraná. **Plano Estadual de Saude Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. **E-gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 6 maio. 2019a.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2018**, 2019b.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, É. A. O sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Ed.). **SUS Resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2006. p. 19–40.

PELIANO, A. M. T. M. O Mapa da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. **IPEA**, p. 29, 1993.

PENA, K. da S. et al. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. 0, p. 1–8, 2019.

PINHEIRO, A. R. de O.; RECINE, E. G.; CARVALHO, M. de F. C. C. de. As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Ed.). **SUS Resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. Organização Pan Americana da Saúde, 2006. p. 187–207.

PINHEIRO, P. A. R. G. et al. Programa e atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no município de Curitiba, Paraná. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 0, p. 287–296, 2014.

PIRES, R. R. C.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. **Burocracia e políticas**

**públicas no Brasil : interseções analíticas.** Brasília: IPEA, 2018.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals** . California: University of California Press, 1973.

RECINE, E. **O CONSEA que queremos, o CONSEA que o Brasil precisa.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/o-consea-que-queremos-o-consea-que-o-brasil-precisa-artigo-de-elisabetta-recine/40681/>>. Acesso em: 10 out. 2020.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: Cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 73–79, 2011.

REIS, C. da S. **Avaliação da utilização do repasse fundo a fundo para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição.** 2015. Universidade de Brasília, 2015.

RIGON, S. do A. **A construção de políticas públicas promotoras de Saúde: um estudo de caso sobre a Política de Segurança Alimentar e Nutricional do Parana.** 2012. 535f. Tese (Doutorado em Ciências) Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2012.

RIGON, S. do A.; BÓGUS, C. M. A Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: das concepções norteadoras ao início dos processos de consolidação. In: BEZERRA, I.; PEREZ-CASSARINO, J. (Ed.). **Soberania Alimentar (SOBAL) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na América Latina e Caribe.** Curitiba: UFPR, 2016. p. 31–54.

RIGON, S. do A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 1–10, 2016.

ROCHA, C. A contribuição da Economia para a Análise de Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional. In: ROCHA, C.; BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R. (Ed.). **Segurança Alimentar e Nutricional perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 69–88.

ROCHA, C.; BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R. **Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2013.

ROCHA, N. C. et al. Organização e dinâmica do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo: Implicações para a sua atuação na construção da política municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 1, p. 133–146, 2012.

RODRIGUES, L. F. et al. A construção de protocolos Para atenção básica na defesa do direito à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 19, n. 36, p. 72–78, 2019.

ROLIM, M. D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2359–2369, 2015.

ROMEIRO, A. A. F. **Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN , no Brasil**. Dissertação (Especialização em Ciências da Saúde). 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasília, 2006.

ROSSA, K. A.; RIGON, S. do A.; GARCIA, R. de C. M. Promoção da saúde: um dos pilares da Medicina Veterinária do Coletivo. In: **Medicina Veterinária do Coletivo: fundamentos e práticas**. 1ª edição ed. são Paulo: Integrativa Vet, 2019. p. 27–34.

SALLES, R.; SEGALL-CORREA, A. M. **Síntese do relatório sobre os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017-2018**, 2020. .

SANTOS, L. A. da S. O fazer educação alimentar e nutricional: Algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 453–462, 2012.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHERER, M. D. dos A. et al. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface: Comunicação Saúde e Educação**, v. 20, n. 58, p. 691–702, 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SEGALL-CORREA, A. M. et al. Validación de instrumento de medida de lá inseguridad alimentaria y hambre , en el contexto de las políticas brasileñas de



combate al hambre : Brasil 2003-2004. **Perspectivas em Nutrición Humana**, 2007.

SILVA, S. P. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: Projetos, discontinuidades e consolidação**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA, 2014.

SIM. **Óbitos por ocorrência por capítulo CID-10 segundo Região de Saúde (CIR)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pr.def>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

SISAB. **Sistema de Informação para a Saúde em Atenção Básica. Sobre o SISAB**. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SOUSA, L. R. M. de et al. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. 1–13, 2019.

SOUZA, C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, 2003.

SOUZA, L. E. P. F. de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: Um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615–3624, 2010.

TESTA, M. **Planificación Estratégica en el Sector Salud**. Caracas: CENDES/UCV, 1981.

TOMASI, A. R. P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 427–436, 2013.

VALENTE, F. L. S. Do combate à fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o Direito à Alimentação Adequada e Saudável. **Revista de Nutrição da PUC-Campinas**, v. 10, n. 1, p. 20–36, 1997.

VASCONCELLOS, A. B. P. de A.; MOURA, L. B. A. de. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–13, 2018.

VASCONCELOS, F. D. A. G. de. Combate à fome no Brasil: Uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 439–457, 2005.

VASCONCELOS, F. de A. G. de. Tendências históricas dos estudos dietéticos no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 14, n. 1, p. 197–219, 2007.

VASCONCELOS, F. de A. G. de et al. Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer. **Revista de Nutrição**, v. 32, p. 1–13, 2019.

VIDO, M. da P. M. et al. “Muito Além Do Peso” – Uma Discussão Sobre Obesidade Numa Dimensão Pedagógica. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 13, n. 1, p. 258–279, 2020.

WESTPHAL, M. F. Múltiplos atores da promoção da saúde. **SANARE**, v. ano IV, n. 1, p. 43–49, 2003.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. Métodos qualitativos em Nutrição e Saúde Pública. In: TADDEI, J. A. et al. (Ed.). **Nutrição em Saúde Pública**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. p. 25–40.

WORLD FORUM ON FOOD SOVEREIGNTY. **Final Declaration of the World Forum on Food Sovereignty**. 15. Disponível em: <<http://www.ukabc.org/havanadeclaration.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2020.

## APÊNDICE 1– INSTRUMENTO DE PESQUISA

**PROJETO: “Potencialidades e desafios na implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no nível municipal: um estudo de caso na região metropolitana de Curitiba”**

### QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Dados do entrevistado</b>
<p>Meu nome é <b>Eloyse Ceschim</b> e sou pesquisadora da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e vamos dar início à pesquisa. Agradeço sua colaboração que é muito importante. <b>Não existem respostas certas ou erradas</b>, somente o que diz respeito à sua opinião. Seu <b>anonimato</b> é garantido em todo o processo de pesquisa. Sua participação está condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esclarecer para entrevistado critérios de escolha.</p>
<p>a. Nome completo: _____ _____</p>
<p>b. Data de nascimento: ____/____/____</p>
<p>c. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino</p>
<p>d. Escolaridade:</p> <p>( ) Fundamental incompleto.</p> <p>( ) Fundamental completo</p> <p>( ) Ensino médio incompleto</p> <p>( ) Ensino médio completo</p> <p>( ) Superior incompleto . Qual: _____</p> <p>( ) Superior completo. Qual: _____</p> <p>( ) Pós graduação incompleta Qual: _____</p> <p>( ) Pós graduação completa. Qual: _____</p> <p>( ) Mestrado. Qual: _____</p> <p>( ) Doutorado. Qual: _____</p> <p>( ) Pós-doutorado. Qual: _____</p>
<p>e. Profissão:</p>
<p>f. Cargo/ Ocupação:</p>
<p>g. Vínculo empregatício:</p> <p>( ) servidor público</p> <p>( ) comissionado</p> <p>( ) contratado</p> <p>( ) outros: _____</p>

h. Vinculado à qual setor da SMS? _____
i. Data que assumiu na Secretaria de Saúde: ____/____/____
j. Data que assumiu o cargo atual: ____/____/____
k. Você já teve outras experiências na gestão de serviços? E especificamente em gestão da saúde?

<b>PERGUNTAS</b>
1) Para o(a) Senhor(a) qual o papel da Nutrição na saúde?
2) Em qual área/departamento da Secretaria de Saúde, são coordenadas as ações de alimentação e nutrição?
3) Como se organiza a atenção nutricional na gestão e na assistência em seu município?
4) Quais trabalhos em relação a Alimentação e Nutrição são desenvolvidos no município? Quais você considera que deveriam ser feitos?
5) Para o(a) Senhor(a), quais são as maiores dificuldades/desafios para desenvolver ações de alimentação e nutrição na secretaria de saúde? E no município?
6) O que tem sido feito para enfrentar as dificuldades/desafios citados?
7) A partir da sua formação e experiência profissional, quais ferramentas/instrumentos/dados o(a) senhor(a) considera que poderiam ser utilizadas para enfrentar os desafios/dificuldades no município? Dentre estas, quais são utilizadas de fato pelo município?
8) Para o(a) senhor(a) quais são as potencialidades/facilidades que o município ou a Secretaria de Saúde possuem que favorecem o trabalho com as ações de alimentação e nutrição? E o município?
9) No que diz respeito à ações e programas de alimentação e nutrição ou relacionadas à segurança alimentar e nutricional, existem parcerias com outras secretarias?
10) Como você percebe a atuação do nível estadual no processo de implementação das ações de alimentação e nutrição no município (Secretaria Municipal de Saúde)? E do nível federal (Ministério da Saúde)?
11) Você conhece a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)? Já fez leitura do seu conteúdo? Na sua opinião tem conseguido aplicar suas diretrizes?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Nós, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia do Amaral Rigon e Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando \_\_\_\_\_ o(a) \_\_\_\_\_ Senhor(a) \_\_\_\_\_, a participar de um estudo intitulado “Potencialidades e desafios na implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no nível municipal: um estudo de caso na região metropolitana de Curitiba”.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar as potencialidades e desafios no processo de implementação e ações e programas que tenham relação com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em municípios da 2<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário a participação em uma entrevista com uma das pesquisadoras.
- c) Para tanto serão agendadas entrevistas em local e horário condizente com seu ambiente de trabalho, sendo que o tempo despendido para tal será de máximo de 1 hora e 30 minutos.
- d) Caso você sinta algum desconforto em responder qualquer uma das perguntas, independente do motivo, estará apto para decidir não mais participar da pesquisa, conforme desejar.
- e) Como benefícios, esta pesquisa almeja estimular reflexões em relação ao processo e implementação da PNAN a nível nacional, bem como oferecer subsídios para implementação da mesma no Estado do Paraná. Pretende-se ainda levantar informações estratégicas que contribuam para o fortalecimento da política e de ações no nível municipal referente à Região Metropolitana de Curitiba.
- f) Os pesquisadores Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim (nutricionista, mestranda do Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição - PPGAN da UFPR; telefone: 99162-7576; e-mail: eloyse.bieberbach@gmail.com) e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia do Amaral Rigon (orientador de mestrado e docente do Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição- PPGAN da UFPR; telefone:99174-9853; e-mail: silviarigon@gmail.com), responsáveis por este estudo poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Sr(a). possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da pesquisa:

Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

**Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR**

Rua Padre Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR - Tel (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, pesquisador e alunos ligados ao projeto, quando for o caso). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.
- i) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Após ser transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será mantida por no máximo 5 anos, somente para fins de publicação referentes a esta pesquisa. Após decorrido este tempo, as gravações e as transcrições serão destruídas.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressões, transporte) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro dos padrões éticos ( Resolução nº466/12 Conselho Nacional de Saúde).
- m) Autorizo (  ), não autorizo (  ), o uso do áudio das informações prestadas para fins de pesquisa, sendo seu uso restrito à pesquisa em questão e para uso exclusivo de publicações de cunho científico.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento, recebi uma cópia e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Estou ciente que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e que as informações por mim prestadas serão mantidas em sigilo e privacidade. Estou ciente que não haverá custos para mim, e que o presente trabalho segue a resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Participante da pesquisa:  
 Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

**Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR**

Rua Padre Camargo, 285 – 1º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR - Tel (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass.: \_\_\_\_\_  
Nome do participante:

\_\_\_\_\_  
Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

**Pesquisador:** Sílvia do Amaral Rigon

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09016019.3.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.275.032

#### Apresentação do Projeto:

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), instituída por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional 11.346/2006, é definida como 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 de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente saudáveis." (BRASIL, 2006, art. 3º).

Diante da relevância dessa temática, a SAN constitui-se em um objetivo de política pública, estratégico e permanente a ser garantido mediante articulação de políticas e serviços intersetoriais.

O profissional de saúde, tanto na gestão como na atenção básica, precisa desenvolver conhecimento e habilidades que viabilizem a mudança e a organização dos serviços de forma a contribuir para aumento da resolubilidade das ações do sistema de saúde (BRASIL, 2009). Desse modo, é necessário compreender quais são as potencialidades (poder, ou recursos que o município dispõe que facilitam o alcance do objetivo) e quais são os desafios (ocasiões ou obstáculos que devem ser ultrapassados para alcance do objetivo) que os profissionais de saúde encontram em sua atuação profissional relativos à implementação da Política de Alimentação e Nutrição.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

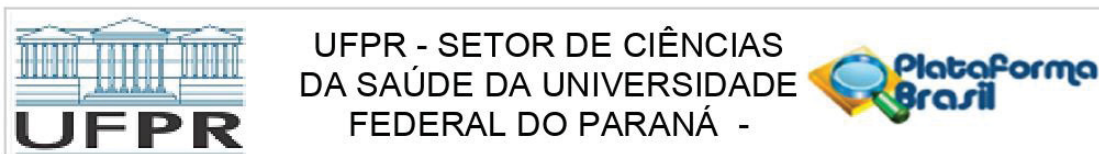
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br





Continuação do Parecer: 3.275.032

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa apresenta como objetivo geral identificar e analisar as potencialidades e desafios no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em municípios da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

E tem como objetivos específicos:

- Caracterizar o cenário da organização da atenção nutricional nos serviços de saúde dos municípios participantes da pesquisa;
- Analisar as percepções de gestores de saúde e de nutricionistas sobre o processo de implementação das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde considerando as diretrizes da PNAN;
- Identificar as estratégias para o enfrentamento das possíveis dificuldades mencionadas a partir do olhar dos entrevistados.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em conformidade com as pesquisadoras, "os benefícios para os entrevistados, bem como para a 2ª Regional de Saúde consistem na oportunidade de realização de reflexões sobre a implementação da PNAN nos moldes atuais, considerando diversos contextos que abrangem esse recorte geográfico, bem como divulgar e promover estratégias que favoreçam as políticas e ações dessa temática em nível municipal para essas populações."

Outrossim, as pesquisadoras informam que "é escassa a literatura em relação à atuação de profissionais na gestão de políticas relacionadas a alimentação e nutrição." Desse modo, a "pesquisa poderia ser utilizada como subsídio para a prática profissional desses atores."

Quanto aos riscos, as pesquisadoras ressaltam que, em se tratando de entrevistas com diversos profissionais que atuam na mesma secretaria, podem eventualmente ocorrer situações nas quais estes possam se sentir constrangidos ao relatarem alguma situação específica de cunho pessoal ou de relação profissional. Informam que "para atenuar essa situação, os participantes serão lembrados constantemente sobre a possibilidade de recusa de participação a qualquer momento, e será preservado o anonimato durante toda a pesquisa. Ainda, "a entrevista ocorrerá em local reservado, com presença restrita dos pesquisadores, ocasião em que novamente serão informados sobre o sigilo das informações no processo de coleta de dados.

Também lembram que outro risco seria o da "descontextualização das informações, acarretando em significados corrompidos que comprometem a validade na pesquisa qualitativa (VICTORA, 2011). Para minimizar esse risco, a pesquisadora compromete-se ao exercício permanente de

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

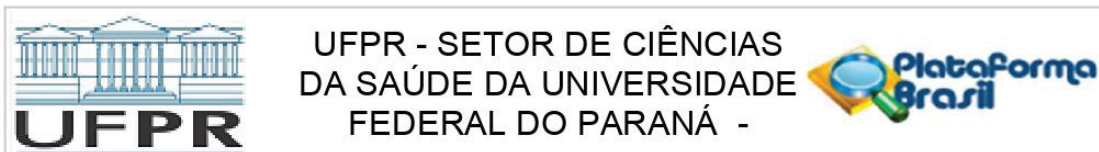
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.275.032

buscar realizar a interpretação dos dados a partir do seu contexto e contemplará essa informação no TCLE."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não há.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não há.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

\*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br), necessário informar o CAAE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.275.032

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1294790.pdf	02/04/2019 07:18:18		Aceito
Outros	Pendencias_comite_de_etica.docx	01/04/2019 17:18:18	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Check_list_corrigido.pdf	01/04/2019 17:17:55	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	TCLE_corrigido.docx	01/04/2019 17:17:35	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Projeto_detalhado_EloyseCeschim_corrigido.docx	01/04/2019 17:17:01	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_EloyseCeschim.docx	06/03/2019 17:33:05	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Check_list.pdf	06/03/2019 14:42:15	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_EloyseCeschim.pdf	01/03/2019 19:11:54	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_SilviaRigon.pdf	01/03/2019 19:11:02	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/03/2019 18:50:57	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_Coparticipantes_Doutor_Ulyses.pdf	01/03/2019 18:24:41	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_Doutor_Ulysses.pdf	01/03/2019 18:24:07	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Requerimento_apreciacao_Ctba.pdf	01/03/2019 17:51:56	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_custos_Ctba.pdf	01/03/2019 17:50:44	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_conflito_Ctba.pdf	01/03/2019 17:50:09	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_dados_	01/03/2019	Eloyse Weeny	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -

Continuação do Parecer: 3.275.032

Outros	Ctba.pdf	17:49:03	Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/03/2019 17:47:10	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_equipe.pdf	01/03/2019 17:30:06	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Ata_de_aprovacao_projeto.pdf	01/03/2019 17:29:17	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Analise_de_merito.pdf	01/03/2019 17:27:03	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	01/03/2019 17:25:18	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Adrianopolis.pdf	01/03/2019 17:21:37	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_Adrianopolis.pdf	01/03/2019 17:21:15	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Rio_Negro.pdf	01/03/2019 17:18:49	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_servicos_envolvidos_Rio_Negro.pdf	01/03/2019 17:18:17	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/03/2019 15:42:03	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Quatro_Barras.pdf	01/03/2019 15:25:14	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_servicos_envolvidos_Quatro_Barras.pdf	01/03/2019 15:25:06	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Piraquara.pdf	01/03/2019 15:24:40	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_servicos_envolvidos_Piraquara.pdf	01/03/2019 15:24:25	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Itaperucu.pdf	01/03/2019 15:23:39	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

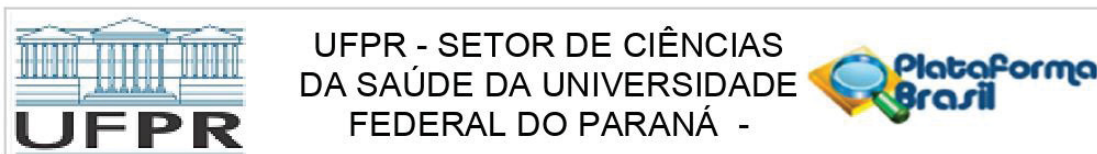
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -

Continuação do Parecer: 3.275.032

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_Itaperucu.pdf	01/03/2019 15:23:26	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_ciencia_interesse_Curitiba.pdf	01/03/2019 15:22:15	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_coparticipante_Almirante_Tamandare.pdf	01/03/2019 14:49:57	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_Almirante_Tamandare.pdf	01/03/2019 14:49:03	Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 22 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Ilana Kassouf Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br