

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO



**PERFIL TÉCNICO DA GESTÃO EM SAÚDE NAS AÇÕES DE
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NO ESTADO DE ALAGOAS**

MARIA KÁTIA SILVA DE MELO

MACEIÓ-2022

MARIA KÁTIA SILVA DE MELO

**PERFIL TÉCNICO DA GESTÃO EM SAÚDE NAS AÇÕES DE
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NO ESTADO DE
ALAGOAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Cardoso da Silveira

Faculdade de Nutrição

Universidade Federal de Alagoas

Co-Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Thatiana Regina Fávoro

Faculdade de Nutrição

Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ-2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

MS28p Melo, Maria Kátia Silva de.
Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas / Maria Kátia Silva de Melo. – 2022.
67 f.

Orientador: Jonas Cardoso da Silveira.
Coorientadora: Thatiana Regina Fávoro.
Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2022.

Inclui bibliografias.
Anexos: f. 52-67.

1. Obesidade. 2. Ações de alimentação e nutrição. 3. Atenção primária à saúde. 4. Gestor em saúde. I. Título.

CDU: 612.39: 614

Dedico a minha família, meus filhos, meu marido e meus pais, meus maiores incentivadores.

.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda força e por ter me conduzido até aqui, mesmo diante de diversas dificuldades.

A minha família, meu marido Anderson e meus filhos Ana Giulia e Lucas, por me apoiarem incondicionalmente.

A meu orientador, Professor Jonas, e minha co-orientadora, Professora Thatiana, por toda paciência, dedicação e apoio, sendo exemplo de professores e profissionais, apesar de conhecê-los apenas no mestrado, são pessoas muito importantes para minha formação.

A meus colegas de pesquisa, Beatriz, Vitinho, Lúcia, Carine e Amália, pela ajuda na coleta dos dados.

A meus colegas do mestrado, por todo aprendizado e colaboração durante o curso.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo financiamento da pesquisa.

RESUMO

MELO, M. K. S. **Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas.** 67 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

A obesidade vem assumindo números alarmantes em todo o mundo, atingindo as diversas faixas etárias e todas as classes sociais. Devido a esse cenário, o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na atenção primária para o enfrentamento e controle da obesidade em todas as etapas do curso de vida da população usuária do SUS como sendo a peça fundamental para melhoria dessas ações. Considerando a importância epidemiológica destes fatores, elaborou-se a presente dissertação, na qual está dividida em duas seções. A primeira, trata-se de uma revisão da literatura, a fim de construir um referencial teórico sobre a obesidade e seu enfrentamento na atenção básica pelo SUS, reforçando o papel do gestor nessas ações. A segunda é composta pelo artigo científico “Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas”, será submetido à revista científica Ciências e Saúde Coletiva, a qual possui Classificação B2, segundo os critérios do sistema Qualis da CAPES/Área de Nutrição. Este artigo teve por objetivo caracterizar o perfil técnico-profissional dos gestores municipais da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Estado de Alagoas e seu envolvimento nas ações de enfrentamento da obesidade. Tratou-se de um estudo transversal e descritivo realizado no contexto de um projeto maior, intitulado “Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS: processos formativos como estratégia para aprimorar a organização da atenção nutricional em Alagoas”, cuja coleta dos dados ocorreu entre dezembro de 2020 e setembro de 2021, através de formulário eletrônico semiestruturado e autoaplicável com questões sobre aspectos técnico-funcionais. Os resultados encontrados apontaram para uma gestão com predominância de vínculos frágeis e pouco tempo à frente da função, além de refletirem a ausência de pautas relacionadas à obesidade nas agendas de saúde dos municípios. Como considerações finais foi vista a necessidade de buscar melhorias na qualidade das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios, oferecendo condições de trabalho mais adequadas com vínculos mais sólidos, além do apoio da gestão central, e qualificação desses gestores, especialmente no campo político, a fim de promover as agendas da área.

Palavras-chave: Gestor em saúde; Avaliação de Recursos Humanos em Saúde; Manejo da obesidade.

ABSTRACT

MELO, M. K. S. **Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas.** 67 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

Obesity has been assuming alarming numbers around the world, reaching different age groups and all social classes. Due to this scenario, the strengthening of food and nutrition actions in primary care for the fight and control of obesity at all stages of the life course of the SUS user population as a fundamental piece for the improvement of these actions. Considering the epidemiological importance of these factors, the present dissertation was elaborated, in which it is divided into two sections. The first is a literature review, in order to build a theoretical framework on obesity and its confrontation in primary care by the SUS, reinforcing the role of the manager in these actions. The second is composed of the scientific article “Technical profile of health management in actions to combat obesity in the state of Alagoas”, will be submitted to the scientific journal *Sciences and Public Health*, which has a B2 classification, according to the criteria of the Qualis system of CAPES/Nutrition Area. This article aimed to characterize the technical-professional profile of municipal managers of the National Food and Nutrition Policy in the State of Alagoas and their involvement in actions to combat obesity. This is a cross-sectional and descriptive study carried out in the context of a larger project entitled “Fighting and controlling obesity within the scope of the SUS: training processes as a strategy to improve the organization of nutritional care in Alagoas”, whose data collection took place between December 2020 and September 2021, through a semi-structured and self-administered electronic form with questions about technical-functional aspects. The results found pointed to a management with a predominance of fragile bonds and little time in charge, in addition to reflecting the absence of guidelines related to obesity in the health agendas of the municipalities. As final considerations, the need to seek improvements in the quality of food and nutrition actions developed in the municipalities was seen, offering more adequate working conditions with more solid bonds, in addition to the support of central management, and qualification of these managers, especially in the political field, in order to promote the agendas of the area.

Keywords: Health manager; Evaluation of Human Resources in Health; Obesity management.

LISTA DE TABELAS

Artigo de resultados

	Página
Tabela 1. Caracterização dos gestores responsáveis pelas ações de Alimentação e Nutrição nos municípios do Estado de Alagoas de acordo com o porte do município e divisão por mesorregiões	41
Tabela 2. Composição da equipe de Alimentação e Nutrição dos municípios do Estado de Alagoas de acordo com o porte populacional e Mesorregiões.	42

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária À Saúde

CAISAN - Câmara Interministerial De Segurança Alimentar E Nutricional

CONSEA - Conselho Nacional De Segurança Alimentar E Nutricional

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística

LC - Linha de cuidado

LCZO - linha de cuidado para o sobrepeso e a obesidade

MS - Ministério Da Saúde

OMS - Organização Mundial Da Saúde

PNAN - Política Nacional De Alimentação E Nutrição

PSE - Programa Saúde Na Escola

RAS - Rede Atenção À Saúde

SISAN - Sistema Nacional De Segurança Alimentar E Nutricional

SUS - Sistema Único De Saúde

VIGITEL - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas
Por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO GERAL	09
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 A OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	14
2.2 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL.....	17
2.3 REDE DE ATENÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E LINHA DE CUIDADO PARA A OBESIDADE.....	21
2.4 O GESTOR COMO PARTE IMPORTANTE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE.....	23
3. ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO GERAL

Esta pesquisa de mestrado tem como tema de interesse a organização da atenção nutricional voltada para o enfrentamento da obesidade no Estado de Alagoas, especialmente sobre a perspectiva das gestoras e dos gestores municipais das ações de alimentação e nutrição. Ela se baseia na magnitude deste agravo nutricional e na importância de ações coordenadas das redes de atenção à saúde para a prevenção e o cuidado da pessoa com obesidade. O projeto maior que deu base para a presente pesquisa é intitulado “Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS: processos formativos como estratégia para aprimorar a organização da atenção nutricional em Alagoas”; trata-se de um estudo transversal descritivo aprovado na Chamada CNPq/MS/SAPS/DPROS/CGAN Nº 28/2019.

A obesidade vem assumindo números alarmantes em todo o mundo, atingindo as diversas faixas etárias e todas as classes sociais. Em 2015, mais de 107 milhões de crianças e 603 milhões de adultos estavam com obesidade em todo o mundo, representando cerca 5,0% e 12,0% da população mundial, respectivamente. Sendo a obesidade mais prevalente em mulheres, que em homens (GBD, 2015). No Brasil, mais de 60% da população apresenta sobrepeso e obesidade. Onde a obesidade atingiu 25,9% da população adulta, sendo 29,5% nas mulheres e 21,8% nos homens (IBGE, 2020).

O Brasil, seguindo a tendência internacional, vem criando diversas políticas públicas visando o enfrentamento da obesidade, e o Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente destas ações. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que, após sua revisão em 2012, obteve grande destaque e trouxe de maneira mais presente a prevenção e o tratamento da obesidade para as diretrizes de organização das ações de alimentação e nutrição no SUS (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde (MS), devido a esses avanços ocorridos nas políticas voltadas para ações de alimentação e nutrição, passou a definir a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2013).

A baixa resolutividade da atenção primária na promoção da saúde e prevenção de doenças, em especial no enfrentamento da obesidade, pode estar associada a escassez de recursos ou má gestão deles, além da falta de capacitação dos gestores, tem gerado uma demanda em direção aos níveis secundário e terciário para o tratamento das complicações decorrentes destas doenças, aumentando de forma expressiva os gastos em saúde pública (BAHIA et al., 2012; LIRA et al., 2016)

Como resultado do aumento das demandas por níveis de tratamento mais complexos de saúde, os gastos para o SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e em medicamentos para a hipertensão arterial, diabetes e obesidade chegaram a somar em 2018, cerca de R\$ 3,45 bilhões (NILSON, 2020).

Neste sentido, podemos destacar a estratégia do fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na atenção primária para o enfrentamento e controle da obesidade em todas as etapas do curso de vida da população usuária do SUS como sendo a peça fundamental para melhoria dessas ações.

Dentro da lógica do SUS, o cuidado integral da pessoa com obesidade deve estar organizado em RAS e linhas de cuidado, essas organizações por sua vez, devem ser compostas por equipes multiprofissionais, atuando preferencialmente, de forma interdisciplinar. Percebe-se então, a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle da obesidade, sendo dessa forma, necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, assim como também há necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento da população (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

O SUS, é extremamente importante na organização e gestão das ações de enfrentamento a obesidade, dessa forma, com o objetivo de potencializar suas ações, se fundamenta em um modelo de gestão descentralizada e participativa, onde as diversas esferas da sociedade estão envolvidas em sua gestão, desde as esferas administrativas e técnicas, quanto a população em geral. (LIMA; RIVERA, 2006). Assim, a gestão pública está sob pressão constante de forças políticas para atingir as metas dos indicadores de saúde da população. Portanto, é papel do gestor em saúde saber articular as forças políticas e as ações técnicas para as tomadas de decisão, baseando-se nos princípios norteadores do sistema de saúde e da gestão pública (BELTRAME ET AL., 2003).

Pode-se então perceber que o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, sendo este um processo decisório complexo e que envolve qualificação, motivações, interesses, intuição, conhecimentos e habilidades por parte dos gestores (BRASIL, 2006). O ato de gerir ações em saúde, trata-se, assim, de uma atividade de comando único sobre o sistema de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria

(BRASIL, 2003). Deste modo, a assertividade no processo de tomada de decisão está diretamente ligada com a capacidade técnica e visão política do gestor, onde o ideal para uma gestão mais eficiente é um modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle, como da qualidade, dos resultados e dos custos, vinculado à responsabilidade social e à democratização, como é o caso do SUS, e a atuação nesse modelo requer qualificação dos seus gestores (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2006).

Esta dissertação está apresentada em duas partes. A primeira parte contempla a revisão de literatura na qual está destacada a epidemiologia da obesidade e fatores de risco associado a esse problema de saúde, assim como, a evolução das políticas voltadas para a alimentação e nutrição no Brasil, as Redes de atenção para as doenças crônicas não transmissíveis e a linha de cuidado para a obesidade. Destaca-se também, a importância do gestor como protagonista nas ações de enfrentamento à obesidade. A segunda parte apresenta o artigo de resultados: “Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas”, cujo objetivo foi caracterizar o perfil técnico-profissional dos gestores municipais da PNAN no Estado de Alagoas e seu envolvimento nas ações de enfrentamento da obesidade. Ele será submetido à revista científica *Ciência e Saúde Coletiva*, a qual possui Classificação B2, segundo os critérios do sistema *Qualis* da CAPES/Área de Nutrição, cujas normas editoriais de publicação estão no Anexo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A OBESIDADE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A obesidade pode ser definida, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o acúmulo excessivo de gordura corporal, que pode ocasionar diversos problemas no funcionamento do corpo, culminando com o surgimento de distúrbios funcionais, dislipidemias, hipertensão, diabetes, cardiopatias e até mesmo alguns tipos de câncer (WHO, 2000).

Apesar de existirem diversos métodos que podem estimar a quantidade total de gordura corporal com maior precisão, como a bioimpedância elétrica, a tomografia computadorizada, a absorciometria de dupla energia por raios-X (DEXA) e a ressonância magnética, entre outros, a forma mais comumente utilizada na avaliação do excesso de peso e obesidade é o cálculo do índice de massa corporal (IMC), por ser de fácil obtenção e de baixo custo. O IMC é obtido pela razão do peso em kg pela altura em metros quadrados. A classificação do estado nutricional de indivíduos adultos em sobrepeso e obesidade é feita quando o IMC, respectivamente, está entre 25,0 kg/m² e 29,9kg/m² e superior a 30 kg/m² (WHO, 2000). Em crianças, a classificação do estado nutricional pode ser feita a partir dos indicadores de IMC-para-idade, peso-para-estatura e peso-para idade, adotando-se como referência para as Curvas de Crescimento da OMS (2006) específica para sexo.

O crescente aumento no consumo de alimentos ultraprocessados e processados está diretamente relacionado com a mudança no perfil nutricional da população e com o crescimento da prevalência da obesidade. Com isso, a obesidade vem sendo atualmente considerada como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física (WHO, 2000). Sua prevalência vem atingindo números muito altos e sendo associada a vários processos biopsicossociais, nos quais o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não só o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções. Portanto, é parte integrante dos desafios no enfrentamento da obesidade, entender como ocorre a interação desses múltiplos fatores. (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999; SWINBURN et al., 2015; SICHIRI; SOUZA, 2008; WANDERLEY; FERREIRA, 2010; CÔRREA; SCHMITZ; VASCONCELLOS, 2015)

No Brasil, o aumento do sobrepeso e da obesidade acontece em todas as camadas demográficas, sociais e econômicas. No entanto, o que se nota é que a velocidade de crescimento mais significativa ocorre na população com menor rendimento familiar. Após três décadas, a prevalência de obesidade na população adulta chegou a atingir 25,9% da população.

Sendo esse percentual mais alto entre as mulheres (29,5%) do que entre os homens (21,8%) (IBGE, 2020).

Além disso, percebe-se também, que esse crescimento não fica restrito apenas a população mais adulta, atingindo também os mais jovens, como mostrou os dados encontrados na pesquisa do IBGE, na qual observou-se que a situação da obesidade nesse grupo está agravando: um em cada cinco adolescentes brasileiros de 15 e 17 anos em 2019 está com excesso de peso (IBGE, 2020).

Assim como observado pelo IBGE, ao se analisar a epidemia da obesidade de forma mais regional, baseados em dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, realizado em 2021, fica perceptível que o excesso de peso vem crescendo a cada ano, chegando a de 57,2%. No entanto, nesse estudo, a prevalência de excesso de peso foi um pouco maior em homens (59,9%) do que em mulheres (55,0%). Onde, em cidades da região nordeste como Maceió e João Pessoa, esses valores chegaram a 58,1% e 59,6% respectivamente.

Ao se considerar apenas a obesidade, baseados também no VIGITEL, observa-se que 20,3% da população brasileira apresenta o problema e a prevalência é semelhante entre homens e mulheres.

Dessa forma, as evidências sugerem que esse problema de saúde vem afetando o país em toda sua totalidade, e a região nordeste, ainda que considerada como menos privilegiada financeiramente, vem sofrendo bastante com o crescimento dessa doença.

Apesar de evidências sugerirem a obesidade como sendo mais comum entre as pessoas adultas e idosas, esse problema de saúde vem crescendo na população bem mais jovem. No grupo crianças menores de 5 anos, onde o problema nutricional mais prevalente era a desnutrição, o excesso de peso e obesidade está cada vez mais presente, atingindo níveis preocupantes, e no Nordeste o incremento no número de crianças com esses problemas vem acompanhando o ocorrido no restante do país e no mundo.

Alguns estudos foram realizados no estado de Alagoas, analisando o perfil nutricional de crianças menores de 5 anos. Ferreira et al., em seu estudo, publicado em 2013, analisando a tendência temporal da obesidade em crianças menores de 5 anos no estado de Alagoas, observou um crescimento de 38,8% de casos de obesidade, no período de 1992 a 2005.

Enquanto um outro estudo avaliando o perfil nutricional desta mesma população, realizado por Lira et al., no ano de 2013, encontrou números bem significativos de casos de prevalência de obesidade, principalmente em cidades mais populosas do estado. Em Rio Largo, município da região metropolitana de Maceió, 12,8 % das crianças, nessa faixa etária, estava com obesidade. Nesse mesmo estudo, cidades como Maceió e União dos Palmares, apresentaram 20% e 21,9% das crianças com risco de sobrepeso, respectivamente.

O Brasil, com o intuito de frear o crescimento acelerado de casos de excesso de peso na população, vem tentando desenvolver ações destinadas a enfrentar esse problema de saúde. Nos últimos 15 anos a obesidade vem sendo incorporada nas políticas públicas, e o MS está sendo o principal responsável pelas ações envolvendo esse tema, através do SUS.

A obesidade, então, passou a ser alocada na lista de problemas de saúde pública há um bom tempo, e diversos estudos populacionais corroboram para essa classificação. No entanto, somente nessas duas últimas décadas ela assumiu prioridade nas políticas públicas, diante da sua magnitude e da associação com DCNT, especialmente as cardiovasculares (MALTA, et al., 2014).

Por se tratar de uma patologia de caráter multifatorial, diversos fatores podem estar associados a seu surgimento, como o sedentarismo, fatores genéticos e o elevado consumo de alimentos ultraprocessados e processados (BRASIL, 2012).

De acordo com Swinburn (1999), além desses fatores genéticos e comportamentais, os fatores ambientais também estão diretamente relacionados à obesidade. O ambiente obesogênico, que é a associação entre o local no qual o indivíduo ou a população está inserido, somado a suas condições de vida e acesso a alimentos que promovam a obesidade, vai interferir ativamente no desenvolvimento da obesidade do indivíduo.

Neste sentido, ações através de medidas que estimulem indivíduos a modificarem, por si sós, as suas práticas alimentares e de atividade física podem ser mais facilmente adotadas pelos governos, pois se alinham aos interesses e às estratégias de marketing da indústria de alimentos. No entanto, essas medidas não seriam muito efetivas, pois atuariam de forma pontual e não sanariam de forma real os principais fatores que poderiam estar associados ao problema (LANG; RAYNER, 2007; BURLANDY et al., 2014).

Por outro lado, medidas que objetivem transformar “ambientes obesogênicos”, como a regulamentação da publicidade de alimentos, são mais assertivas, entretanto, podem afetar os interesses comerciais e sua operacionalização impõe desafios políticos e de gestão distintos (BURLANDY, 2009; ROBERTO et al., 2015).

Assim, a promoção da alimentação adequada e saudável vem sendo considerada como a melhor estratégia para enfrentar, simultaneamente, deficiências nutricionais e obesidade (CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2012). Onde o acesso à alimentação implica não somente de escolhas individuais, mas, principalmente, políticas públicas integradas, desde: ações educativas; acesso à merenda escolar saudável; incentivo à produção, distribuição e comercialização de alimentos adequados e saudáveis;

2.2 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

Ao longo dos anos as políticas de alimentação e nutrição no Brasil passaram por diversas alterações, algumas vezes tivemos conquistas importantes e marcantes na sua construção e por outras vezes, tivemos perdas relevantes que atuaram como uma espécie de retrocesso para o campo da saúde pública. Apesar disso, o processo de construção da trajetória da alimentação e nutrição no Brasil foi longo e ainda está em desenvolvimento.

A trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil tiveram início na década de 30, onde o principal foco era enfrentar a fome e a desnutrição. Nessa época, acreditava-se que a fome estava associada apenas à falta de conhecimento da população. Eram privilegiados, nesse período, programas com objetivos assistencialistas e compensatórios, onde as políticas eram baseadas apenas na compra de alimentos, independente da qualidade desse alimento, para que fossem distribuídos a populações que estavam em vulnerabilidade. Só a partir de 1970 a fome passou a ser relacionada com a renda da população (VAZ, 2018).

O marco inicial para que fosse elaborada uma política voltada para a alimentação e nutrição no Brasil foi a criação, em 1940, pelo governo Getúlio Vargas, da Autarquia denominada de SAPS- Serviço de Alimentação da Previdência Social. Era objetivo do SAPS não só fornecer refeições ao trabalhador, mas sim elaborar um programa voltado para educação nutricional. Fazia parte desse projeto fornecer um auxílio para que o trabalhador tivesse acesso a uma alimentação adequada aos padrões propostos pela equipe técnica de alimentação da instituição. Para que esse objetivo fosse alcançado, diversos mecanismos foram implantados,

como os Postos de subsídios, nos quais esses trabalhadores poderiam comprar alimentos a preços baixos, quase de custo e além disso ele poderiam receber orientações e recomendações passadas pela equipe de nutrição da autarquia (VAZ, 2018).

Após esses fatos, em 1952, foi criado o Plano Nacional de Alimentação, pelo MS, o qual era voltado prioritariamente para a assistência materno-infantil e em sequência à criança e ao trabalhador. Esse plano abrangia todos os inquéritos nutricionais existentes, além de englobar programas que visavam a assistência alimentar a adolescentes, a melhoria da merenda escolar, enriquecimento e fortalecimento dos alimentos, entre outras iniciativas. No entanto, o que ficou estabelecido apenas desse plano, foi a campanha da merenda escolar, controlada pelo Ministério da Educação (LEMOS, 2013; SILVA, 1995)

O Brasil então passou por diversas mudanças em sua estrutura organizacional e a população desempenhou papel importante em todo esse processo. Na década de 80 diversos movimentos sociais, compostos por diversos grupos da sociedade como pesquisadores e a população em geral, se organizaram com intuito de reivindicar uma melhoria na qualidade de vida, e uma parte importante nesse movimento, foi o estabelecimento do conceito de saúde de forma mais universalizada, passando a englobar direitos como moradia, emprego e alimentação.

Com a promulgação da constituição de 1988, muitos anseios da população desses movimentos sociais foram atendidos, a importância das ações de promoção à saúde como um direito fundamental do cidadão foi afirmada, e ao estado coube a obrigação de prover a garantia a esse direito. A partir desses acontecimentos começou-se então a se firmar os princípios norteadores do SUS e o Sistema de Saúde começou a ser organizado.

De acordo com a Lei orgânica da saúde 8.080/90, o SUS é definido como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” Sendo assim o SUS norteado por princípios e diretrizes, e esses princípios são as normas de como o SUS deve atuar, já a diretriz tem a função de alicerçar e dar estrutura aos seus princípios organizacionais.

Os princípios e diretrizes fundamentais do SUS são: **Universalidade** (universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência), **Integralidade** (integralidade de assistência, entendida como conjunto organizado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso em todos

os níveis de complexidade do sistema), **Equidade** (igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie), **Descentralização** (descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e priorizando regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde) e a **Participação da comunidade** (BRASIL, 1990).

Para que o SUS atue de forma coordenada e efetiva, garantindo a qualidade na prestação do serviço para toda a comunidade, diversas estratégias visando essa melhoria deveriam ser adotadas. O modelo pelo qual esse sistema é gerido é uma peça fundamental em todo processo.

Os modelos de gestão podem ser definidos de diversas formas, estando sempre relacionado com as maneiras como as empresas, órgãos ou instituições usam para coordenar a sua equipe e recursos financeiros na execução de suas tarefas, sempre objetivando o melhor resultado. Portanto, o modelo de gestão é a forma como os recursos, seja financeiro, material ou humano é organizado. O modelo adotado pelo SUS é descentralizado, pois viabiliza o princípio da equidade, que é um olhar para as diferenças e não para a igualdade, onde todos têm, por definição, o mesmo direito, mas diferentes necessidades. Logo, valoriza a regionalização, chegando mais perto das demandas.

Baseado nesse novo modelo descentralizado apresentado pelo SUS, percebeu-se que as ações de saúde deveriam acontecer de forma regionalizada, hierarquizada e mais efetiva. A partir daí diversos debates ocorridos na década de 1990, fizeram que surgissem reflexões sobre a necessidade de abranger ações não só de prevenção e controle de danos, mas também ações que analisassem o processo saúde-doença. Surge nesse momento o conceito de vigilância em saúde, que tem por objetivo, buscar soluções mais precisas para os problemas de saúde, trabalhando de forma articulada e integrada essas ações de saúde. (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A partir desse novo conceito estabelecido, ficou configurado como sendo papel da vigilância em saúde, gerenciar as ações de Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, além dos fatores de risco para doenças crônicas, crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador, como também fazer análise de situação em saúde da população brasileira. (MATTA et al., 2007)

Antes a alimentação e nutrição apareciam nas agendas de saúde de forma mais pontual e sem muita ênfase, como já mencionado. Não existiam políticas com pautas específicas que

atuassem diretamente nessas ações. A participação popular novamente desempenhou papel importante nesse processo em busca de garantir a alimentação e nutrição como direito.

Só através dessa efetiva participação e da realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994, que a alimentação e nutrição foram efetivamente consolidadas no calendário nacional de políticas públicas.

Foi efetivamente com a criação e publicação da PNAN, em 1999, que a questão da alimentação e nutrição foi reposicionada na agenda do SUS (BRASIL, 1999; RECINE; VASCONCELLOS, 2011) e o debate sobre a segurança alimentar e nutricional ganhou força, não só no setor saúde, mesmo quando o tema não era a prioridade para o governo (MALUF; REIS, 2013). Ainda que o PNAN tivesse como enfoque principal as doenças por deficiências nutricionais, ele já vinha mostrando que era necessário intervir sobre as DCNT, incluindo a obesidade (BRASIL, 1999).

No entanto, só com a *Portaria no 4.279/2010* e o *Decreto no 7.508/2011*, que se estabeleceu como seriam feitas as regulações dessas ações. E com a mudança na gestão dos sistemas de saúde, na década de 1990, que passaram a ser municipais, se tornou necessário, nos anos 2000, a adoção de medidas que favorecessem a organização do sistema de saúde por regiões.

A partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, enfatizando a importância da regionalização, a regulação dessas ações foi reforçada, pois essa norma visava superar a ideia do cuidado fragmentado e as desigualdades regionais aprofundadas com a transferência da gestão da saúde aos municípios (DUARTE et al., 2015).

Com a transição epidemiológica e aumento crescente da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, em 2006, visando reduzir os alarmantes números das doenças crônicas, no Brasil, foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), cujo foco era organizar as ações implementadas por diferentes ministérios, englobando desde a produção até o consumo de alimentos. Integram o SISAN, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Entre os anos de 2011 e 2014, foi protagonizada pela CAISAN, a formulação do plano intersectorial de combate à obesidade, que subsidiou uma estratégia intersectorial que sistematiza recomendações para estados e municípios.

Com a extinção do CONSEA, em 2020, ocorreu o enfraquecimento do SISAN. Pois, era função do conselho propor à CAISAN as diretrizes e prioridades da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional baseado com base nas resoluções estabelecidas nas Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional. (CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011, 2014; BRASIL, 2019).

Apesar das grandes perdas ocorridas para a alimentação e nutrição no país, foi através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, estabelecido para o período de 2011 a 2022, que a formação da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas foi proposta.

Essa rede se organizou em linhas de cuidado prioritárias (hipertensão arterial e insuficiência renal crônica, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer) e os seus principais fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e trabalha com três eixos: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral dessa forma, tanto a organização dos serviços quanto a delimitação da linha de cuidado, identificando também o fluxo que o usuário deveria percorrer (CHUEIRI et al., 2014; BRASIL, 2011).

Outra importante contribuição para efetivação das ações em alimentação e nutrição se estabeleceu com as propostas de reorganização do SUS por meio das redes de atenção à saúde, o que fortaleceu a perspectiva de articulação intrasetorial e indica, mesmo que de forma limitada, a importância do princípio da intersectorialidade nas ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT.

2.3 REDE DE ATENÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E LINHA DE CUIDADO PARA A OBESIDADE

A doença crônica, devido a sua característica de ter longa duração e forte inter-relação com os hábitos de vida das pessoas, acaba exigindo que o sistema de saúde atue de uma forma mais organizada, e adote um modelo de atenção de cuidado que aja coordenado, continuado, organizado, proativo, integrado e que apoie as pessoas em todas as mudanças necessárias e

desejadas de acordo com seu problema de saúde. (MENDES, 2012). Salientando ainda, que este cuidado deve ser principalmente realizado ou iniciado pela e na atenção primária.

As Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas com um conjunto de ações serviços de saúde articulados em níveis crescentes de complexidade, visando o cuidado integral aos indivíduos, reduzindo a fragmentação das ações da saúde. No Brasil, isso se dá por meio da interoperabilidade dos equipamentos de saúde em nível local (município), regional (estado) e interestaduais, segundo pactuações nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2003)

Em virtude do aumento na prevalência de casos de obesidade nas últimas décadas, por meio da portaria nº 252/GM/MS, atualizada pela portaria nº 483/GM/MS, de 02 de abril de 2014, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é garantir que o cuidado prestado ao usuário do SUS ocorra de forma integral e continuado.

À vista disto, através da publicação da Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, foram redefinidas as diretrizes da organização, da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. Concomitantemente, no âmbito hospitalar, foi publicada a Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, a qual estabelecia a regulamentação técnica, com normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo, sendo a cirurgia bariátrica custeada pelo MS.

Com a linha de cuidado (LC), foi estabelecida a pactuação entre os diversos atores presentes na atenção da RAS, organizando fluxos de referência e contrarreferência para a assistência ao usuário com excesso de peso e obesidade dentro do SUS. As linhas também definem como devem ser organizados os serviços e as ações desenvolvidos nos diversos níveis de atenção na rede (nível primário, secundário e terciário), assim como, os sistemas de apoio, podendo utilizar várias formas de estratificação (clínica, de risco, entre outras) na definição das ações, não funcionando apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2017).

A Linha de Cuidado para o Sobrepeso e a Obesidade (LCSO) estabelece como diretriz a organização das ações intersetoriais para promoção da saúde, apoiando indivíduos e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2017). Apesar disso, nos

Cadernos de Atenção Básica, embora a intersetorialidade seja enunciada, a abordagem da obesidade no âmbito da saúde é reforçada em uma perspectiva de ações mais individualizadas (BRASIL, 2006, 2014).

Importantes estratégias para a promoção da saúde e o cuidado integral, foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde como o Programa Academia da Saúde, o qual trabalha com o enfoque da promoção, da prevenção e da reabilitação; o Programa Saúde na Escola (PSE), cujos temas centrais, nos últimos anos, foi a obesidade e a prática de atividade física; revisou também a portaria que regulamenta a atenção no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013), possibilitando ampliação importante do acesso do usuário ao tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde .

Neste sentido, vem sendo desenvolvido, através do PSE, o programa Crescer Saudável, que consiste em um conjunto de ações articuladas, as quais deverão ser implementadas na Rede de Atenção à Saúde do SUS garantindo dessa forma, o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, com vistas a prevenir, controlar e tratar a obesidade infantil (BRASIL, 2019).

No entanto, para que essa melhoria e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde aconteça, é necessário superar alguns desafios como: qualificar esses profissionais de saúde de forma permanente e continuada, tornando-os especialistas em Atenção Primária a Saúde; melhorar a distribuição e o fluxo desses profissionais; adensar tecnologicamente as Unidades Básicas de Saúde; facilitar a coordenação do cuidado por meio de sistemas de informação e incrementar substancialmente o financiamento para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003).

2.4 O GESTOR COMO PARTE IMPORTANTE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

Desde o início da organização do Sistema de saúde brasileiro, o gestor em saúde é parte importante nas ações de enfrentamento da obesidade. De acordo com Souza (2002), os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde, além de atuar em dois sentidos bastante sobrepostos: o político e o técnico. Assim, a atuação técnica desse gestor, não pode ser dissociada da atuação política, e se consolidará através do exercício das funções gestoras na saúde. Podendo estas funções serem definidas, como um conjunto estruturado de saberes e práticas de gestão

necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

São inúmeras características que estão relacionadas na escolha do gestor adequado, onde a busca por um perfil ideal que possa ocupar o cargo de gestor de recursos humanos, deve partir das necessidades e da descrição de cargos de cada organização. Sendo sempre de acordo com o planejamento estratégico e também com o ambiente em que está inserido. O perfil profissional deve buscar identificar quão qualificado está individualmente cada gestor, e esse nível de qualificação podendo ser tratado como a causa do desempenho (KREPK; GONZAGA, 2008).

Em um estudo realizado na cidade de Natal, Rio Grande do Norte (MELO, 2013), observou-se que 88,9% dos gestores em saúde, entrevistados, possuíam nível superior, dos quais 33,3% não tinham formação nas áreas de saúde ou administração.

Quando o analisado foi o perfil técnico-profissional, a mesma pesquisa encontrou que 55,6% dos representantes fizeram alguma capacitação específica para o cargo. Além disso 88,9% dos entrevistados possuíam vínculo estável com a prefeitura ou estado. Outro fato importante é que nenhum dos gestores que responderam à pesquisa possuíam experiência anterior no cargo.

Boniatti (2012) em estudo realizado no Rio Grande do Sul também encontrou resultados semelhantes, no qual os gestores em sua maioria (76%) possuíam ensino superior, no entanto diferente do encontrado em Natal, a maioria dos representantes analisados possuíam experiência no cargo.

Por esse motivo, a formação deve atuar como agente norteador para que o profissional adquira o perfil esperado, sendo também importante conhecer o perfil existente e identificar as necessidades de capacitação e caracterização dos sujeitos na perspectiva de direcionar os processos educativos em relação aos objetivos e métodos (CASTRO; CASTRO; VILAR, 2006).

O papel da gestão está muito além da administração dos recursos financeiros e cenários políticos e político-partidários, ele precisa também atuar coordenando tecnicamente todos os processos de trabalho, definindo fluxos e responsabilidades, criando mecanismos de formação contínua e estabelecendo maneiras de avaliar o desempenho. Dessa forma, será possível propor e estabelecer redes de atenção e compor linhas de cuidado, que atendam às necessidades de

saúde das pessoas e a uniformidade nos serviços, considerando todas as especificidades regionais. Portanto, quando pensarmos na integralidade do cuidado, deveremos associar automaticamente a aperfeiçoamento e coordenação do trabalho em equipe.

3 ARTIGO DE RESULTADOS

MELO, M. K. S; FAVARO, T. R.; SOUZA, B. A. R. T.; GOUVEIA, A. V. S.; SANTOS, C. C. S.; BRITO, L. M. A; SIQUEIRA, T. C. A.; SILVEIRA, J. A. C. *Perfil técnico da gestão em saúde nas ações de enfrentamento da obesidade no estado de Alagoas*. Revista Científica para qual será submetido: Ciências e Saúde Coletiva (Classificação B2, segundo os critérios do sistema *Qualis* da CAPES/Área de Nutrição).

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se caracterizar o perfil técnico-profissional da gestão municipal da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Estado de Alagoas e seu envolvimento nas ações de enfrentamento da obesidade. Trata-se de um estudo transversal descritivo, em que a coleta dos dados ocorreu entre dezembro de 2020 e setembro de 2021, através de formulário eletrônico semiestruturado e autoaplicável com questões sobre aspectos técnico-funcionais. O perfil dos respondentes (n=58) foi, independente do porte populacional do município, de gestoras (91,4%), que se autodeclararam negras (65,5%) e com formação superior em Nutrição (84,5%). O vínculo de trabalho predominante foi do tipo temporário (60,3%). Menos de 50% dos municípios apresentaram equipes multiprofissionais, onde os profissionais mais frequente foram nutricionistas (32,4%). Observou-se também, que grande parte das metas relacionadas a alimentação e nutrição não estavam inseridas nos planejamentos da gestão e muitos gestores alegaram desconhecer esses instrumentos. A predominância de vínculos frágeis e pouco tempo à frente da função são fatores que podem comprometer a implementação e sustentabilidade de ações de prevenção à obesidade, e do cuidado da pessoa com obesidade, além de refletir na ausência dessas pautas nas agendas de saúde dos municípios.

Palavras-chave: Gestor em saúde; Avaliação de Recursos Humanos em Saúde; Manejo da obesidade.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the technical-professional profile of the municipal management of the National Food and Nutrition Policy in the State of Alagoas and its involvement in actions to combat obesity. This is a descriptive cross-sectional study, in which data collection took place between December 2020 and September 2021, through a semi-structured and self-administered electronic form with questions about technical-functional aspects. The profile of the respondents (n=58) was, regardless of the population size of the municipality, of managers (91.4%), who declared themselves to be black (65.5%) and with higher education in Nutrition (84.5%). The predominant employment relationship was temporary (60.3%). Less than 50% of the municipalities had multidisciplinary teams, where the most frequent professional were nutritionists (32.4%). It was also observed that most of the goals related to food and nutrition were not included in the management plans and many managers claimed to be unaware of these instruments. The predominance of fragile bonds and short time in charge are factors that can compromise the implementation and sustainability of obesity prevention actions, and the care of the person with obesity, in addition to reflecting on the absence of these guidelines in the health agendas of municipalities.

Keywords: Health manager; Evaluation of Human Resources in Health; Obesity management.

INTRODUÇÃO

A obesidade vem assumindo números alarmantes em todo o mundo, atingindo diversas faixas etárias e todas as classes sociais. Em 2015, cerca de 107 milhões de crianças e mais de 603 milhões de adultos estavam com obesidade em todo o mundo, representando cerca 5,0% e 12,0% da população mundial, respectivamente ¹. No Brasil, a prevalência da obesidade na população adulta, com mais de 18 anos, para o ano de 2013, chegou a 25,9%, totalizando cerca de 41,2 milhões de pessoas ².

O Brasil, seguindo a tendência internacional, vem criando diversas políticas públicas visando o enfrentamento da obesidade, e o Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal propositor destas ações ³.

Dentro da lógica do SUS, o cuidado integral da pessoa com obesidade deve estar organizado por meio de linhas de cuidados, as quais se inserem dentro das redes de atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas.^{4 5 6} Assim sendo, as redes de atenção à saúde foram estabelecidas visando atender a população de forma mais integral e continuada, com suas ações coordenadas pela atenção primária à saúde e prestadas de forma humanizada e com qualidade. Além também de serem prestadas no tempo, lugar, com custo certo e de forma responsável tanto sanitária como economicamente ^{7 8}.

O papel da gestão está muito além da administração dos recursos financeiros e cenários políticos e político-partidários, ele precisa também atuar coordenando tecnicamente todos os processos de trabalho, definindo fluxos e responsabilidades, criando mecanismos de formação contínua e estabelecendo maneiras de avaliar o desempenho. Sendo assim possível propor e estabelecer redes de atenção e compor linhas de cuidado, que atendam às necessidades de saúde das pessoas e a uniformidade nos serviços, considerando todas as especificidades regionais.

Portanto, quando pensarmos na integralidade do cuidado, deveremos associar automaticamente a aperfeiçoamento e coordenação do trabalho em equipe.

Contudo, a escassez ou má-gestão de recursos financeiros e humanos, vínculos profissionais frágeis e poucas oportunidades para ações de educação permanente e continuada para capacitação dos gestores, estão associados a baixa resolutividade da atenção primária na promoção da saúde e na prevenção e na reversão da obesidade. Como consequência desses fatores, tem-se gerado uma demanda aumentada dos níveis secundário e terciário para o tratamento das complicações decorrentes destas doenças, elevando de forma expressiva os gastos em saúde pública ^{9 10}.

Os custos com a obesidade perpassam a esfera da saúde, com maiores custos com internações e medicamentos, atuando também indiretamente, afetando a produtividade humana. Gastos com a obesidade vem crescendo em todo mundo. Entre 2020 e 2060, os custos da obesidade devem dobrar na Espanha e aumentar em 19 vezes na Índia ¹¹.

No Brasil, os gastos com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e em medicamentos para a hipertensão arterial, diabetes e obesidade, chegaram a somar em 2018, cerca de R\$3,45 bilhões ¹². Além disso, a estimativa realizada por Okunogbe et al foi de US \$14 bilhões em gastos combinados públicos e privados com saúde atribuíveis à obesidade para 26 doenças relacionadas à obesidade, havendo assim, um grande incremento, quando comparada a estimativa realizada por Bahia e cols, que era de US \$221 milhões em 2010 para gastos com saúde pública atribuíveis à obesidade para 14 doenças ^{9 11}.

A gestão em saúde, portanto, desempenha papel crucial para todas as etapas de funcionamento do SUS, tendo por propósito primordial a produção de decisões. Contudo, a gestão refere-se a um processo complexo e que envolve qualificação, motivações, interesses, intuição, conhecimentos e habilidades por parte dos gestores ¹³.

O ato de gerir ações em saúde, trata-se, assim, de uma atividade de comando único sobre o sistema de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria e a assertividade no processo de tomada de decisão está diretamente ligada com a capacidade técnica e visão política do gestor ¹⁴.

Por esse motivo, o ideal para uma gestão mais eficiente é um modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle, como da qualidade, dos resultados e dos custos, vinculado à responsabilidade social e à democratização, como é o caso do Sistema Único de Saúde, e a atuação nesse modelo requer qualificação dos seus gestores ¹⁵.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil técnico-profissional dos gestores municipais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Estado de Alagoas, assim como o envolvimento destes nas ações de enfrentamento da obesidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado no contexto de um projeto maior, intitulado “Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS: processos formativos como estratégia para aprimorar a organização da atenção nutricional em Alagoas”. A coleta de dados sobre o diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição no SUS ocorreu entre dezembro de 2020 e setembro de 2021.

Foram elegíveis para responder a pesquisa os gestores de todos os 102 municípios alagoanos responsáveis pela administração dos recursos e/ou ações voltadas para a execução das políticas de alimentação e nutrição e promoção da saúde na atenção primária. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2021), Alagoas tem uma

população estimada em 3.365.351 habitantes em 2021 e está dividido em 10 (dez) Regiões Administrativas de Saúde.

Para o diagnóstico, os gestores responderam a um questionário eletrônico semiestruturado e autoaplicável, hospedado na plataforma *Survey Monkey* (Momentive, Estados Unidos), elaborado pela rede nacional de pesquisadores aprovados nos editais CNPq nº 28/2019 em parceria com a equipe da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. O questionário poderia ser respondido pelo gestor em qualquer momento que julgasse oportuno, sendo possível interromper o preenchimento para retomá-lo posteriormente do ponto pausado. Além de computadores e notebooks, a plataforma também possibilita a resposta por dispositivos móveis.

Em fase anterior ao envio do questionário, ocorreram diversas iniciativas de divulgação da pesquisa e incentivo a participação dos gestores municipais, como a participação em reuniões dos Comitês Intergestores Regionais e o envio de ofícios para o estado e municípios.

Após a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN enviar a listagem com os contatos dos gestores municipais, a equipe do projeto fez a atualização desses contatos junto às secretarias municipais de saúde e em sequência os formulários eletrônicos foram enviados aos respondentes. Foram coletadas informações da gestão acerca de suas características, como tempo que atua na função, tipo de vínculo, tipo de atividades desenvolvidas além de informações sobre seu perfil, como sexo, idade e formação, e informações complementares sobre a operacionalização das ações de alimentação e nutrição em nível municipal, como a composição da equipe que atua nas ações de alimentação e nutrição.

Os municípios foram classificados de acordo com o porte populacional: capital, municípios com mais de 150 mil habitantes, municípios com população entre 30 mil e 50 mil

habitantes e municípios com menos de 30 mil habitantes. Para facilitar a síntese dos dados, os municípios foram organizados por mesorregiões.

Os dados foram analisados de forma descritiva, estratificando os resultados pelo porte dos municípios e mesorregiões e as análises realizadas no software Stata/SE 15 (StataCorp, TX, EUA)

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL (CAAE: 39583620.2.0000.5013) e conduzida de acordo com os princípios éticos descritos na Resolução 466/2012 e suas complementares do CONEP/Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do inquérito 58 gestores de distintos municípios do estado de Alagoas; 43% dos municípios não retornaram as tentativas de contatos ou optaram por não responder aos questionários. Destes, 46 eram de pequeno (até 30 mil habitantes), 10 de médio (entre 30 mil e 50 mil habitantes) e 2 de grande porte (mais de 150 mil habitantes, incluindo a capital).

Independente do porte do município e de qual região de saúde está inserido, a maioria dos gestores eram mulheres, de cor parda e com formação na área de Nutrição. O tipo de vínculo mais presente entre os municípios foi o de contrato temporário, e esse fator também prevalece tanto quando analisamos do ponto de vista do porte populacional, quanto quando analisamos por divisão em mesorregiões (Tabela 1).

O perfil da gestão relacionando a função desempenhada no município, pode-se constatar que os coordenadores de atenção básica e coordenadores na área de alimentação e nutrição eram os mais presentes (Tabela 1).

Considerando o tipo de vínculo ao qual os gestores possuíam, o contrato temporário foi o que teve maior ocorrência, em que os valores encontrados foram próximos a 60%, exceto nas cidades de grande porte, com apenas 02 gestores respondentes, onde o valor encontrado foi um pouco menor, cerca de 50%. (Tabela 1).

Aproximadamente 50% dos gestores respondentes afirmaram ter entre 1 e 5 anos na função e menos de 25% atuava a mais de 5 anos como gestor. Apenas nas cidades de grande porte, que engloba a Capital, e também na Mesorregião do leste alagoano, obteve um percentual de cerca de 40% com gestores atuando a mais de 5 anos na função (Tabela 1).

Na Tabelas 2 são caracterizadas as equipes multiprofissionais presentes na atenção básica, considerando sua presença, composição e gestão. Relacionando o porte do município, observou-se que menos de 50% dos municípios apresentavam essa equipe, exceto os municípios com população entre 30 mil e 50 mil habitantes, onde a maioria dos entrevistados informaram ter equipe multidisciplinar em seu município, 60% dos entrevistados.

O profissional nutricionista, seguido pelo enfermeiro, esteve mais presente na composição da equipe multidisciplinar em todos os municípios, independente da classificação, se por porte ou por mesorregiões de saúde. Também ficou constatado que a maioria dos municípios possuía responsável técnico à frente das ações de alimentação e nutrição.

A Política de Alimentação e Nutrição não estava consolidada em quase 49 % dos municípios, tendo por base os achados deste estudo, e em um pouco mais de 35% dos gestores entrevistados não sabiam informar sobre a existência desse instrumento de gestão. Ao analisar de acordo com o porte populacional, foi observado que apenas os municípios de grande porte possuíam essa política estabelecida. Nas cidades com médio porte, o número de gestores que afirmaram não possuir a Política de Alimentação e Nutrição foi de 60% e os que afirmaram não saber informar foi de 30%.

Quanto à autonomia da Coordenação de Alimentação e Nutrição, foi questionado sobre a liberdade para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, onde o resultado apresentado foi que, aproximadamente, 27% dos gestores afirmaram ter essa autonomia e próximo a 50% afirmaram que a teriam parcialmente.

Além disso, também foi verificada com os gestores, sobre a existência de metas relacionadas à alimentação e nutrição inseridas no Plano Plurianual municipal, nos diversos colegiados e Comissões relacionadas, ficando constatado que na maioria das vezes, ou essas metas não estavam inseridas nesses planejamentos, ou era alegado não saber sobre essa existência desses instrumentos organizacionais. Com exceção dos Planos Plurianual de Saúde e Municipal de Saúde, em que a maior parte dos gestores responderam, independente do porte do município, que ações e metas de alimentação e nutrição faziam parte desses planejamentos.

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou o conhecimento dos gestores que atuam na atenção básica, a nível municipal, principalmente, no enfrentamento da obesidade. Além disso, o estudo apresentou grande relevância, tendo em vista que foi o primeiro estudo realizado nessa perspectiva no estado e poucos estudos sobre essa ótica foram realizados até o presente momento em território nacional.

Melo, em seu estudo realizado em Natal, no ano de 2013, observou que 88,9% dos gestores entrevistados em seu estudo possuía vínculos estáveis¹⁶, diferindo do encontrado nesta pesquisa, em que a maioria dos gestores responderam que não possuíam vínculos sólidos, menos de 40%, além de pouco tempo à frente da função, onde apenas 24,1 % tinha mais de cinco anos na função, fato esse que dificulta ou até mesmo pode inviabilizar a qualificação desses gestores.

Ainda assim, o índice de retorno da pesquisa foi semelhante ao encontrado por outros estudos semelhantes, nos quais a taxa de resposta correspondeu a 56,9%, sendo esse índice de retorno similar ao encontrado por ARCARI et al¹⁷ em pesquisa realizada com gestores de saúde no Rio Grande do Sul em 2017 (59,8%). Logo, a taxa de retorno foi considerada representativa, tendo em vista que as pesquisas que são realizadas através de meios eletrônicos, apresentam valores semelhantes às encontradas em meios postais, variando entre 7 e 13%, demonstrando assim que o tema se mostrou relevante para o público entrevistado ¹⁸.

O perfil do gestor analisado foi composto em sua maioria de mulheres, número superior ao encontrado por Barbosa¹⁹ em seu estudo com gestores de saúde realizado em Tocantins e Luna²⁰ em 2008, em um estudo realizado com o mesmo público, em Mato Grosso, o que mostrou a presença crescente da mulher em cargos de gestão, ocupando cada vez mais espaços que antes eram estritamente masculinos.

Ademais, o estudo mostrou que a maioria dos gestores atuantes à frente das ações de alimentação e nutrição possuía formação em nutrição, fato esse considerado muito coerente, tendo em vista a capacidade técnica que esse gestor apresentaria sobre o tema, no entanto, o perfil de gestor também requer qualificação na área administrativa e treinamento constante nessa temática ²¹.

A presença de equipe multidisciplinar especializada é parte fundamental para prestação de um cuidado qualificado da pessoa com obesidade, desempenhando papel importante em todo processo de implantação da linha de cuidado, entretanto, menos de 50 % dos municípios apresentavam essa equipe, o que dificulta que a garantia desses cuidados mais amplo e longitudinal sejam implementados²².

Desta maneira, através deste estudo foi possível perceber que as pautas referentes à alimentação e nutrição ainda não estavam presentes nos planejamentos de gestão. Onde os

únicos instrumentos nos quais essas pautas ainda conseguiam estar presentes eram os Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Podendo esta ausência na maioria dos instrumentos de gestão estar relacionada à predominância de vínculos frágeis e pouco tempo à frente da função.

Por outro lado, os municípios de grande porte que responderam ao questionário informaram que as metas de alimentação e nutrição estavam inseridas nos planejamentos, podendo esse fato estar associado com o nível de estruturação do município, pois os municípios que possuem um tamanho maior por apresentarem investimentos maiores, oferecem maiores condições de gestão e trabalho e também maior visibilidade.

Apesar da taxa de resposta de ~60%, nossa amostra foi capaz de reproduzir a distribuição dos municípios em Alagoas segundo o porte populacional. Inicialmente, atribui-se a ausência da totalidade de municípios na adesão à pesquisa devido a aplicação dos questionários durante o período da pandemia de Covid-19, quando muitas equipes foram remanejadas para atender as demandas relacionadas à crise sanitária. Outros fatores que podem ter contribuído foram a fragilidade dos vínculos de trabalho (apenas 37,7% das respondentes eram concursadas), o baixo grau de organização as ações de alimentação e nutrição nas secretarias de saúde e o acúmulo de funções das referências municipais de alimentação e nutrição. Especificamente quanto a este último item, o que se observou foi a presença de profissionais da APS (geralmente, nutricionistas) que se desdobram fazendo a gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios, ou então, uma única pessoa responsável pela gestão de diversas políticas, programas e estratégias.

Portanto, o perfil do gestor que estava atuando à frente das ações de coordenação de alimentação e nutrição municipais era composto, em sua maioria, por mulheres, pardas, graduadas em nutrição, contratadas temporariamente e atuando a menos de 5 anos na função. Além disso, as pautas e ações relacionadas a alimentação e nutrição, não estavam presentes na

maioria dos instrumentos de gestão, demonstrado pouco preparo da gestão na proposição e efetivação dessas ações.

Dessa forma, visando buscar a melhoria na qualidade das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios, seria necessário oferecer condições de trabalho com vínculos sólidos, apoio da gestão central, além de qualificação desses gestores, especialmente, no campo político, a fim de promover as agendas da área. Também é preciso fortalecer junto a gestão municipal o papel da coordenação de alimentação e nutrição, enfatizando a importância dessas ações de alimentação e nutrição na melhoria das condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- 1- GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.
- 2-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de saúde 2013. Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro; 2020.
- 3-Brasil; Ministério da Saúde (MS) Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012
- 4-Chueiri, Patrícia Sampaio et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro. Vol. 52 (2014), p. 114-124, 2014.
- 5-Brasil, Senado Federal. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília: Senado Federal, 2011.
- 6-Brasil; Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a

Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, 2017

7-Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

8-Mendonça, C. P.; Anjos, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

9-Bahia, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. *BMC public health*, v. 12, n. 1, p. 440, 2012.

10-Lira MCS, De Menezes RCE, Longo-Silva G, Oliveira MAA, Oliveira JS, Costa EC, et al. Estado nutricional de crianças segundo critérios do SISVAN em municípios do estado de Alagoas. *Mundo Saúde* 2017;41(1):68-76.

11-Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health* 2021;6:e006351.

12-Nilson, E. A. F. et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e32, 2020.

13-Brasil; Ministério da Saúde (MS). Obesidade. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.

14-Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

15-Castro, J. L.; Castro, J. L.; Vilar, R. L. A. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte. Um estudo sobre o perfil. *Observatório RH NESC/UFRN* [internet], 2006.

16-Melo, C. D. F., Alchieri, J. C., & Araújo Neto, J. L. D. (2012). Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, 17, 63-72.

17-Arcari, J. M., Barros, A. P. D., Rosa, R. D. S., Marchi, R. D., & Martins, A. B. (2020). 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. *Ciênc. Saúde Colet*, 25, 407-420.

18-Freitas, Henrique Mello Rodrigues de; Janissek-Muniz, Raquel; MOSCAROLA, Jean. *Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados*. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2004: São Paulo). [Anais.]. [São Paulo: ANEP, 2004], 2004.

19-Barbosa, C. M. (2018). *Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios*.

20-LUNA, S. (2008). *Perfil dos gestores municipais de saúde do Mato Grosso*. Editora Unemat, Cáceres-MT.

21-Krepk, Alexandre França; gonzaga, Carlos AM. *Perfil dos gestores de recursos humanos: um estudo nos supermercados de Irati*. *Revista Eletrônica Lato Sensu*, ano, v. 3, 2008

22-Lopes, M. S., Freitas, P. P. D., Carvalho, M. C. R. D., Ferreira, N. L., Menezes, M. C. D., & Lopes, A. C. S. (2021). *O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado?* *Cadernos de Saúde Pública*, 37.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Caracterização dos gestores responsáveis pelas ações de Alimentação e Nutrição nos municípios do Estado de Alagoas de acordo com o porte do município e divisão por mesorregiões.

CARACTERÍSTICAS		GERAL % (n)	PORTE POPULACIONAL			MESORREGIÕES		
			Mais de 150 mil habitantes % (n)	Entre 30 mil e 50 mil habitantes % (n)	Menos de 30 mil habitantes % (n)	Leste % (n)	Agreste % (n)	Sertão % (n)
SEXO	Masculino	8,6 (5)	0	0	10,9 (5)	13,3 (4)	0	7,1 (1)
	Feminino	91,4 (53)	100 (2)	100 (10)	89,1 (41)	86,7 (26)	100 (13)	92,9 (13)
COR / RAÇA	Amarela	3,4 (2)	0	10 (1)	2,2 (1)	6,7 (2)	0	0
	Branca	31 (18)	100 (2)	30 (3)	28,3 (13)	26,7 (8)	23,1 (3)	50 (7)
	Parda	62,1 (36)	0	50 (5)	67,4 (31)	63,3 (19)	69,2 (9)	50 (7)
	Preta	3,4 (2)	0	10 (1)	2,2 (1)	3,3 (1)	7,7 (1)	0
FORMAÇÃO	Serviço Social	3,45 (2)	50 (1)	0	2,2 (1)	6,7 (2)	0	0
	Enfermagem	12,1 (7)	0	0	15,2 (7)	16,7 (5)	0	14,3 (2)
	Nutrição	84,5 (49)	50 (1)	100 (10)	82,6 (38)	76,7 (23)	100 (13)	85,7 (12)
FUNÇÃO	Coordenador(a) Saúde da mulher e da criança	1,7 (1)	0	0	2,17 (1)	3,3 (1)	0	0
	Coordenador(a) ou Referência da Alimentação e Nutrição	55,2 (32)	50 (1)	80 (8)	50 (23)	50 (15)	61,5 (8)	57,14 (8)
	Coordenador(a) ou referência da atenção básica	27,6(16)	0	0	34,8 (16)	36,7 (11)	15,4 (2)	21,4 (3)
	Coordenador do NASF	1,7 (1)	0	0	2,2 (1)	0	0	7,1 (1)
	Nutricionista	12,1 (7)	0	20 (2)	10,9 (5)	6,7 (2)	23,1 (3)	14,3 (2)
	Gerente de atenção a doenças crônicas	1,7 (1)	50 (1)	0	0	3,3 (1)	0	0
TIPO DE VÍNCULO	Contrato temporário	60,3 (35)	50 (1)	60 (6)	60,9 (28)	60 (18)	61,5 (8)	57,1 (8)
	Estatutário	37,7 (23)	50 (1)	40 (4)	39,1 (18)	40 (12)	38,5 (5)	42,9 (6)
TEMPO NA FUNÇÃO	Menos de 1 ano	25,9 (15)	50 (1)	30 (3)	29,3 (11)	23,3 (7)	30,1 (4)	28,6 (4)
	Entre 1 e 5 anos	50 (29)	0	50 (5)	52,2 (24)	40 (12)	61,5 (8)	57,1 (8)
	Mais de 5 anos	24,1(14)	50 (1)	20 (2)	29,3 (11)	36,7 (11)	7,7 (1)	14,3 (2)

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 2. Composição da equipe de Alimentação e Nutrição dos municípios do Estado de Alagoas de acordo com o porte populacional e mesorregiões.

CARACTERÍSTICAS	GERAL % (n)	PORTE POPULACIONAL			MESORREGIÕES			
		Mais de 150 mil habitantes % (n)	Entre 30 mil e 50 mil habitantes % (n)	Menos de 30 mil habitantes % (n)	Leste % (n)	Agreste % (n)	Sertão % (n)	
POSSUI RESPONSÁVEL TÉCNICO	Sim	67,2 (39)	100 (2)	90 (9)	60,9 (28)	70 (21)	69,2 (9)	57,1 (8)
	Não	25,9(15)	0	10 (1)	30,4 (14)	30 (9)	23,1 (3)	21,4 (3)
	Não sei	6,9 (4)	0	0	8,7 (4)	0	7,7 (1)	21,4 (3)
PRESENÇA DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Sim	47,2 (25)	0	60 (6)	40,8 (20)	49 (12)	46,1 (6)	50 (7)
	Não	52,8 (28)	100 (2)	40 (4)	51,2 (21)	50 (15)	38,5 (5)	50 (7)
COMPOSIÇÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	Nutricionista	32,4 (77)	100 (2)	74,2 (23)	25,0 (51)	29,9 (40)	33 (13)	36 (15)
	Enfermeiro	16,4 (39)	0	3,2 (1)	18,6 (38)	15,7 (21)	26 (10)	14 (6)
	Técnico em enfermagem	10,12 (24)	0	0	11,8 (24)	10,4 (14)	21 (8)	0
	Fisioterapeuta	8,9 (21)	0	0	19,3 (21)	11,2 (15)	3 (1)	10 (4)
	Médico	6,7 (16)	0	0	7,8 (16)	8,2 (11)	3 (1)	5 (2)
	Assistente social	6,3 (15)	0	3,2 (1)	6,9 (14)	6,7 (9)	3 (1)	10 (4)
	Odontólogo	6,3 (15)	0	0	7,4 (15)	6,7 (9)	3 (1)	3 (7)
	Profissional da educação física	5,9 (14)	0	9,7 (3)	5,4 (11)	4,5 (6)	3 (1)	6 (14)
	Farmacêutico	2,5 (6)	0	0	2,9 (6)	2,2 (3)	3 (1)	1 (2)
	Técnico em nutrição	0,8 (2)	0	0	1 (2)	0,7 (1)	3 (1)	0
	Psicólogo	0,8 (2)	0	0	1 (2)	1,5 (2)	0	0
	Sanitarista	1,3 (3)	0	3,2 (1)	1 (2)	1,5 (2)	3 (1)	0
	Terapeuta ocupacional	0,4 (1)	0	0	0,5 (1)	0	0	0
	Fonoaudiólogo	0,4 (1)	0	0	0,5 (1)	0	0	1 (2)
	Nível médio	0,8 (2)	0	6,4 (2)	0	0,7 (1)	0	0

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da pesquisa foi possível concluir que independente do porte do município e da região de saúde do município, as pautas referentes a alimentação e nutrição ainda não estavam presentes nos planejamentos de gestão. Identificamos também, a predominância de vínculos frágeis e pouco tempo à frente da função, o que poderia estar relacionado com a ausência colocação dessas pautas nas agendas municipais de saúde. Por outro lado, os municípios de grande porte que responderam ao questionário informaram que as metas de alimentação e nutrição estavam inseridas no planejamento, fato esse que pode estar relacionado com o nível de estruturação do município, pois os municípios que possuem um tamanho maior por apresentarem investimentos maiores, assim como maior visibilidade.

Portanto, visando buscar uma melhoria na qualidade das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos municípios, seria necessário oferecer condições de trabalho mais adequadas com vínculos mais sólidos, apoio da gestão central, além da qualificação desses gestores, especialmente no campo político, a fim de promover as agendas da área. Também é preciso fortalecer junto a gestão municipal o papel da coordenação de alimentação e nutrição no município, enfatizando a importância dessas ações de alimentação e nutrição na melhoria das condições de saúde da população.

5. REFERÊNCIAS

BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 440, 2012.

BARROS, Maria Sylvia Carvalho et al. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 14, n. 1, 2009.

BELTRAME, A., et al. Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/5_6_2013__1_Gestao_de_sistemas.pdf#page=24

BONIATTI, J. Análise do Perfil Sócio Profissional dos Gestores do SUS da Região do Alto Uruguai. 2012. 45 f. **Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo**, 2012.

BRASIL, Senado Federal. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS; 2012.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. **Diário Oficial da União**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Instrutivo. Brasília. **Programa Crescer Saudável 2019/2020**. 2019.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 62, de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, 2017

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria-Executiva Departamento de Apoio à Descentralização. **GESTORES DO SUS: olhares e vivências Série C. Projetos, Programas e Relatórios 1.ª edição 1.ª reimpressão Brasília DF 2006**.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Brasília: **CONASS**; 2003.

BRASIL. Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. 2014.

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: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 2, n. 4, p. 124-129, 2014.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 851-860, 2009.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Versão para a consulta técnica. Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2011.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Política nacional de alimentação e nutrição**. MS, 2012.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2014.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte. **Um estudo sobre o perfil. Observatório RH NESC/UFRN [internet]**, 2006.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro. Vol. 52 (2014), p. 114-124, 2014.

CORRÊA, E N.; SCHMITZ, B. A. S.; VASCONCELOS, F. de A. G. Aspects of the built environment associated with obesity in children and adolescents: a narrative review. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 3, p. 327-340, 2015.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s332-s340, 2008.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, p. 1163-1174, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. «Área Territorial Oficial - Consulta por Unidade da Federação». Consultado em 29 de agosto de 2021

FERREIRA, Haroldo da Silva et al. Time trends (1992-2005) in undernutrition and obesity among children under five years of age in Alagoas State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 793-800, abr. 2013.

FREITAS, Henrique Mello Rodrigues de; JANISSEK-MUNIZ, Raquel; MOSCAROLA, Jean. Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados. **Associação Nacional de Empresas de Pesquisa** (2004: São Paulo).[Anais..][São Paulo: ANEP, 2004], 2004.

GBD 2015 OBESITY COLLABORATORS. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de saúde 2013**. Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro; 2020.

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; 2010. 150p.

KREPK, Alexandre França; GONZAGA, Carlos AM. Perfil dos gestores de recursos humanos: um estudo nos supermercados de Irati. **Revista Eletrônica Lato Sensu**, ano, v. 3, 2008.

LANG, T.; RAYNER, G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. **Obesity reviews**, v. 8, p. 165-181, 2007.

LEMONS, Jullyane de Oliveira Maia; MOREIRA, Patrícia Vasconcelos Leitão. Políticas e programas de alimentação e nutrição: um passeio pela história. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 377-386, 2013.

LESSA, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, Dec. 2004.

LIRA, M. C. S. L. et al. Estado nutricional de crianças segundo critérios do SISVAN em municípios do estado de Alagoas. **Mundo saúde (Impr.)**, p. [68-76], 2016.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 599-608, 2014.

MALUF, R. S.; REIS, M. C. Conceitos e princípios de segurança alimentar e nutricional. In: Rocha C, Burlandy L, Magalhães R, organizadores. **Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 15-42.

MARTINS, C. R. **Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais na Paraíba. 2008. 145 f.** Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) -Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MATTA GC. **Princípios e diretrizes do sistema único de saúde**. In: Matta GC. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MELO, C. de F.; ALCHIERI, J. C.; ARAUJO NETO, J. L. de. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 1, p. 63-72, Apr. 2012.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; NETO, J. L. A. Avaliação do perfil técnico-profissional de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 7, p. 4670-80, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, P. M.; ZAMBERLAN, E. C. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição domiciliar no Brasil. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 1, p. 336-345, 2013.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020.

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. **BMJ Global Health** 2021;6:e006351.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 255-267, 2015.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 73-79, 2011.

ROBERTO, C. A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2400-2409, 2015.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s209-s223, 2008.

SILVA, Alberto Carvalho da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos avançados**, v. 9, n. 23, p. 87-107, 1995.

SOUZA, E. C. L. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **Revista de administração pública**, v. 36, n. 1, p. 73-88, 2002.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive medicine**, v. 29, n. 6, p. 563-570, 1999.

SWINBURN, B. et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. **The Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2534-2545, 2015.

VASCONCELOS, F. A.; BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2011.

VAZ, Beatriz Abu Ali. Políticas de combate à fome e Programas em nutrição: um olhar da década de 30 até 2018. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 02, p. 126-138, 2018.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva; 1995. WHO technical report series, v. 854, p. 2009-2006, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO Child Growth Standards 2006 BMI for age** [citado em 23 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/body-mass-index-for-age-bmi-for-age>

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Prezado (a) gestor (a), em 2019, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) lançou um edital de pesquisa e extensão direcionado para o enfrentamento da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. A finalidade do edital foi financiar instituições de pesquisa para colaborar com a gestão das ações de alimentação e nutrição, como previsto nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A partir deste instrumento que você acaba de receber, realizaremos o levantamento de um conjunto de informação com a finalidade de realizar um diagnóstico situacional da gestão municipal dos programas e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição -PNAN, com ênfase na organização e gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade, no âmbito da Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de coletar informações e subsídios para que o Ministério da Saúde possa apoiar e qualificar a gestão municipal nessas temáticas. O nome do formulário que você responderá, caso aceite participar da pesquisa é “DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS”. As questões neste formulário se referem ao arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição. Visamos conhecer o desenho institucional adotado pelos municípios relacionados à formulação e implementação das políticas e programas na área de alimentação e nutrição, no âmbito do SUS. A partir do conhecimento dos desenhos institucionais existentes, será possível buscar outros modelos que promovam o envolvimento e a coordenação horizontal (entre os setores de políticas), vertical (entre entes federativos) ou com outras organizações da sociedade. Para além, será possível identificar modelos e desenhos bem sucedidos de governança, conhecer as capacidades administrativas, financeiras e técnicas instaladas e identificar gargalos e dificuldades. Ao final pretendemos criar subsídios para apoiar a gestão municipal nas ações de alimentação e nutrição e no cuidado nutricional prestado às populações locais. Você foi convidado a respondê-lo por ser gestor (a), encaixando-se em um destes perfis de respondentes estratégicos: é secretário (a) municipal de saúde; ou, é coordenador (a) ou referência municipal em alimentação e nutrição; ou, é coordenador (a) ou referência municipal da Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária de Saúde. O seu conhecimento e experiência é essencial para o êxito deste diagnóstico. Solicitamos a sua colaboração e paciência em respondê-lo. Mesmo sendo um instrumento relativamente longo (em média, 20 minutos), ele foi elaborado para facilitar ao máximo a sua reflexão e suas respostas. Além disso, gestores (as) como você, de todo o Brasil, estão neste mesmo momento respondendo ao mesmo Página 2 de 4 questionário. Um aspecto positivo desta plataforma (Survey Monkey) é que, caso se canse de responder, você poderá parar a qualquer momento e retomar o preenchimento em outro momento mais propício, desde que esteja no mesmo smartfone, tablet ou computador. Contudo, como esse é um formulário muito importante para a gestão federal, recomendamos que reserve um tempo para se dedicar exclusivamente a ele; como dissemos anteriormente, sua participação é muito importante! É importante que você saiba de mais uma coisa, as informações que você fornecerá poderão fazer parte de um grande banco de dados nacional e poderão ser compartilhados com outras universidades e instituições de pesquisa para a realização de análises sobre o território nacional. No entanto, a fim de preservar o sigilo das informações prestadas e o anonimato do(a) respondente, qualquer forma de divulgação científica dos resultados da pesquisa será realizada de forma agregada, sendo a menor unidade utilizada para as análises o nível das regiões de saúde. No Estado de Alagoas, esta pesquisa é coordenada pelo Prof. Dr. Jonas Augusto Cardoso da Silveira (Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8866892155318239>) do Laboratório de Nutrição em Saúde Pública (LANUSP) da Faculdade

de Nutrição (FANUT) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Campus A.C. Simões (<https://goo.gl/maps/i9e4FRCJLW42>). O título do projeto aprovado pelo Conselho Nacional da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (CNPq) é “Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS: Processos Formativos como Estratégia para Aprimorar a Organização da Atenção Nutricional em Alagoas”. Você também poderá nos encontrar no Instagram do projeto com o nome “Iniciativa para o Fortalecimento do Controle da Obesidade no SUS (InFOCO-SUS) em Alagoas” (<https://www.instagram.com/infoco.sus/>). É muito importante frisar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas também analisou e aprovou este projeto, uma vez que está em consonância com as Resoluções nº 466/2012 (<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>) e 510/2016 (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>) do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos é um órgão colegiado e independente que recebe e avalia todos os projetos de pesquisa com seres humanos da universidade. Ele é composto por pesquisadores de diferentes áreas e representantes da sociedade civil. Portanto, a aprovação de um projeto por um Comitê de Ética garante que os potenciais riscos de sua participação não superam os benefícios a serem gerados a partir dela e que os seus direitos, enquanto participante da pesquisa, estão resguardados. Este estudo pode ser classificado como risco mínimo, uma vez que não realizaremos qualquer intervenção com você, resumindo-se apenas ao preenchimento do questionário. Assim, os riscos que você poderá estar sujeito durante o preenchimento serão apresentar cansaço, aborrecimento Página 3 de 4 ou desconforto ao responder o questionário. Outro risco se refere a possibilidade de quebra de sigilo das informações no compartilhamento da informação para as análises nacionais e na ocorrência de invasão dos servidores onde os dados ficarão armazenados. Para minimizar os riscos, além da possibilidade de poder parar o preenchimento a qualquer momento e retomá-lo posteriormente, o Survey Monkey possui robusto sistema de criptografia das informações para prevenção de ataques cibernético (maiores detalhes podem ser encontrados no site oficial da empresa: https://pt.surveymonkey.com/mp/legal/security/?ut_source=footer). Apesar do questionário ser identificado com seu nome (apenas para o controle interno do grupo de pesquisa), antes dos dados serem disponibilizados para as análises nacionais haverá a anonimização da informação, ou seja, ninguém saberá quem respondeu. Reforçamos ainda que suas respostas NÃO SERÃO divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS. Por não se tratar de um estudo de intervenção, você não receberá qualquer benefício direto pela participação na pesquisa. Por outro lado, o resultado do diagnóstico poderá contribuir com o processo de qualificação do cuidado da pessoa com a obesidade. Sempre que desejar, estaremos disponíveis para lhe oferecer informações adicionais sobre a pesquisa ou então esclarecer qualquer dúvida sobre as etapas do estudo por meio do e-mail do projeto (infoco.sus@gmail.com) ou do telefone institucional dos pesquisadores (82) 3214-1160 ou (82) 3214-1467. O estudo NÃO acarretará nenhuma despesa adicional para você. Porém, você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação direta na pesquisa, desde que comprovada relação causal, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Caso opte por não participar, apenas feche a janela de seu navegador de internet, isso não lhe trará nenhum prejuízo ou penalidade. Se concordar em participar e, posteriormente, se arrepender, seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Nesse caso, apagaremos todas as informações recebidas de nossos bancos de dados. Ao concluir o preenchimento do formulário, você receberá uma cópia desde TCLE juntamente com suas respostas. Ao clicar em "CONCORDO" e prosseguir com o preenchimento do questionário, entenderemos que você está de acordo com a utilização de suas

respostas para as finalidades descritas anteriormente. Além disso, você reconhece que compreendeu o que lhe foi informado e está ciente de seus direitos, riscos e benefícios da participação na pesquisa. Por fim, apenas clique em concordar caso não tenha sido forçado(a) ou obrigado(a) a participar. CONTATO INSTITUCIONAL DOS PESQUISADORES: Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas; Campus A.C. Simões Av. Lourival de Melo Mota, S/N; Tabuleiro do Martins; Maceió-AL CEP: 57072-970; número para contato (82) 3214-1160 - Secretaria Geral. A FANUT/UFAL está aqui: <https://goo.gl/maps/B16uf73w5Wo> (link no Google Maps). Página 4 de 4 OBSERVAÇÃO SOBRE ÉTICA EM PESQUISA: Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao CEP/UFAL, localizado no prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), andar térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária, Maceió/AL, ou entre em contato pelo telefone (82) 3214-1041 - Horário de atendimento: 8:00 as 12:00h. Email: comitedeeticaufal@gmail.com. < CONCORDO >

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Módulo Gestão

DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS
Respondentes: Secretários Municipais de Saúde Gestores de Alimentação e Nutrição e Gestores de
Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária de Saúde dos municípios.

Este instrumento pretende realizar diagnóstico situacional da gestão municipal dos programas e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição -PNAN, com ênfase na organização da organização e gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade, no âmbito da **Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária à Saúde**, com o objetivo de coletar informações e subsídios para que o Ministério da Saúde possa apoiar e qualificar a gestão municipal nessas temáticas.

Você foi convidado a respondê-lo por se encaixar em um destes perfis de respondentes estratégicos:

- a) É secretário municipal de saúde; ou,
- b) É coordenador ou referência municipal em alimentação e nutrição; ou,
- c) É coordenador ou referência municipal da Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária de Saúde.

O seu conhecimento e experiência é essencial para o êxito deste diagnóstico. Solicitamos a sua colaboração e paciência em respondê-lo. Ele foi elaborado para facilitar ao máximo a sua reflexão e respostas, por ser um instrumento relativamente longo (em média, 20 minutos). Mas ele permite que você pare a qualquer momento de responder e possibilita retomar o preenchimento do questionário em outro momento mais propício, para que você finalize as suas contribuições. Estas não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS.

A assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** ([link para o TCLE](#)) é nosso compromisso com esse sigilo de fonte e informações prestadas. Por favor, leia-o atentamente e assinale a sua opção (concordo ou discordo). Caso a sua opção tenha sido CONCORDO, você passará a ter acesso ao questionário.

O Ministério da Saúde e, particularmente, a **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Departamento de Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção Primária de Saúde**, agradecem o seu empenho e colaboração para mais este passo em prol da melhoria do SUS.

Bloco A: IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO (TODOS OS CAMPOS OBRIGATÓRIOS)

Sigla da Unidade federada	Alfabético, menu de opções automáticas, campo obrigatório
cód. Da UF (IBGE)	Numérico, menu de opções automáticas, campo obrigatório
Nome do Município:	Alfabético, menu de opções automáticas, campo obrigatório
cód. do município (IBGE)	Numérico, menu de opções automáticas, campo obrigatório

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

Nome civil ou Nome social	Alfabético, aberto
Data de nascimento: __/__/____.	Numérico, dd/mm/aaaa
Cód. Respondente (combinação último sobrenome (+) ano nascimento)	Alfanumérico, gerado automaticamente pelo sistema)
Idade: XX (anos)	Numérico, aberto
Sexo/gênero:	Alfabético, menu de opções (F, M, outro)
Cor/raça/etnia	Menu automático de opções (IBGE) excludentes Amarela Branca Indígena Parda Preta

Profissão (formação básica)	Menu automático de opções excludentes, Nutricionista Farmacêutico Médico Enfermeiro Odontólogo Assistente Social Técnico de Nutrição e Dietética Técnico de Enfermagem Outros. Qual? _____ (Aberto, alfabético)
Cargo ou função atual:	Menu automático de opções excludentes, Secretário(a) municipal de saúde Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde no município Coordenador(a) ou referência da Alimentação e Nutrição na Secretaria Municipal de Saúde Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no município Outro. Qual? ____ (Aberto, alfabético) _____
Tempo de serviço no cargo ou função atual:	Menu automático de opções excludentes Menos de 1 ano; De 1 a 4 anos De 5 a 10 anos Mais de 10 anos
Vínculo empregatício: (mesmas opções do quadro 4 do questionário com os gestores)	Menu automático de opções excludentes CLT (carteira de trabalho assinada) Servidor público municipal Servidor público estadual Contrato temporário por serviço público de saúde Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde Contrato temporário por Organização Social (OS) Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS) Outro. Qual? ____ (Aberto, alfabético)
Participou de curso de formação no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no SUS no decorrer deste ano?	Campo de seleção única Sim Não Não sei

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

Este Bloco de informações visa conhecer o desenho institucional adotado pelos municípios e relacionado à formulação e implementação das políticas e programas na área de alimentação e nutrição, no âmbito do SUS. Conhecendo os desenhos existentes, é possível buscar modelos que promovam o envolvimento e a coordenação horizontal (entre os setores de políticas), vertical (entre entes federativos) ou com outras organizações da sociedade, com o objetivo de alcançar a efetividade das ações de alimentação e nutrição desenvolvidas no SUS. É possível, além de identificar modelos e desenhos bem sucedidos de governança, conhecer as capacidades administrativas, financeiras e técnicas instaladas e identificar gargalos e dificuldades, a fim de ter-se subsídios para apoiar a gestão municipal nas ações de alimentação e nutrição e no cuidado nutricional prestado às populações locais.

Com a aplicação deste instrumento, **não há qualquer intenção, por parte do Ministério da Saúde, de avaliar o desempenho da gestão municipal, individualmente, seja para penalização ou recompensa.** Pretende-se, sim, coletar um número de informações (evidências) que permitam, ao órgão, gestor nacional do SUS, a proposição e a condução de estratégias que visem a qualificação das ações de saúde (aqui inseridas as de alimentação e nutrição) prestadas pelo SUS.

<p>Q1. Existe uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) responsável por todos programas da área de alimentação e nutrição (A&N), na</p>	<p>Campo de seleção única Sim → vá para Q2</p>
<p>Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?</p>	<p>Não → pule para Q5 Não sei</p>
<p>Q2. Essa Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial) está presente no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, com cargo sem remuneração (Siga para a Q3) Sim, com cargo remunerado (Siga para a Q3) Sim, com função gratificada (Siga para a Q3) Não, porém há função gratificada (Siga para a Q3) pule para Q5 Não está no organograma → pule para Q5 Não sei →</p>
<p>Q3. A qual área da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está vinculada essa Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)?</p>	<p>Campo de seleção única Atenção Básica Vigilância em Saúde Promoção da Saúde Atenção Especializada Outra. Qual? _____ (Aberto, alfabético) Não sei</p>
<p>Q4. Há quanto tempo foi criada essa Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (ou outra unidade gerencial)?</p>	<p>Campo de seleção única Menos de 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 10 anos; há mais de 10 anos pule para Q5 Não sei →</p>
<p>Q5. Existe um responsável técnico (RT) formalmente indicado para todas as ações de A&N na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?</p>	<p>Campo de seleção única Sim → vá para Q6 → pule para Q8 Não Não sei → pule para Q8</p>
<p>Q6. Qual a formação desse responsável técnico (RT)?</p>	<p>Campo de seleção única Nutricionista Farmacêutico</p>

	<p>Médico Enfermeiro Odontólogo Assistente Social Técnico de Nutrição e Dietética Técnico de Enfermagem Outros. Qual? _____ (Aberto, alfabético) Não sei</p>
<p>Q7. Há quanto tempo esse responsável técnico (RT) exerce a função?</p> <p>(Siga para a Q8)</p>	<p>Campo de seleção única Sim Há menos de 1 ano Entre 1 a 4 anos Entre 5 a 10 anos Há mais de 10 anos Não sei</p>
<p>Q8. Indique o número de profissionais que compõem a equipe de gestão da área de A&N, segundo a formação. No caso de a equipe não incluir uma das categorias de profissionais, preencha com zero (0)</p>	<p><input type="checkbox"/> Assistente Social</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacêutica(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Médica(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Nutricionista</p> <p><input type="checkbox"/> Odontólogo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional de Educação Física</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico (a) de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico (a) de Nutrição e Dietética</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais?</p>
<p>Q9. Assinale as alternativas pertinentes: As ações e metas de Alimentação e Nutrição estão previstas:</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>No Plano Plurianual (PPA) No Plano Municipal de Saúde No Termo de Compromisso de Gestão Nos Relatórios Anual e Quadrienal de Gestão</p>

	<p>Em outro(s) instrumento(s) de planejamento da SMS. Em nenhum dos instrumentos citados Não sei</p>
<p>Q10. A área de Alimentação e Nutrição tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, participação formal e regular; Sim, participação informal, mas regular Eventualmente (participação ocasional ou quando solicitada/convocada) → pule para Q12 Não → pule para Q12 Não sei → pule para Q12</p>
<p>Q11. Em qual/quais processo(s) decisório(s) de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a área de Alimentação e Nutrição participou/participa:</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Elaboração/revisão do Plano Plurianual do município Elaboração/revisão do Plano Municipal de Saúde Elaboração do Termo de Compromisso de Gestão Elaboração do Relatório Anual e Quadrienal de</p>

	<p>Gestão Participação e realização da análise de situação de saúde Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de vigilância alimentar e nutricional Definição de indicadores de desempenho relacionados às ações de vigilância alimentar e nutricional (cobertura, por exemplo) Definição de recursos financeiros para desenvolvimento de ações de A&N Participação em colegiados de diretores e/ou coordenadores da SMS Nenhum desses Outros. Quais? _____ Não sei</p>
<p>Q12. Em qual/quais processo(s) decisório(s) de planejamento e gestão intersetorial a área de Alimentação e Nutrição participou/participa, representando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS):</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, SIM () NÃO Elaboração da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Elaboração e Monitoramento do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Definição de parâmetros de insegurança alimentar e nutricional no município Definição da periodicidade de análise e/ou de divulgação dos indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância alimentar e nutricional para os Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA); Participação no Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família (PBF) Participação Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) – Programa Saúde na Escola Definição de agenda intersetorial com o Programa Nacional de Alimentação Escolar Nenhum desses Outros. Quais? _____ Não sei</p>
<p>Q13. O município possui uma política de Alimentação e Nutrição, instituída e/ou regulamentada, que orienta a atuação da SMS na temática?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, → vá para Q15 Não → vá para Q15 Não sei → vá para Q15</p>
<p>Q13.1. Em que ano foi publicada (instituída) a política de A & N?</p>	<p>Resposta aberta (4 campos numéricos),</p>
<p>Q14. Essa política de A & N foi regulamentada?</p>	<p>Sim → vá para Q15 Não → vá para Q15 Não sei → vá para Q15</p>
<p>Q14.1. Em que ano foi regulamentada a política de A & N?</p>	<p>Resposta aberta (4 campos numéricos), XXXX → vá para Q15</p>
<p>Q15. Há metas Alimentação e Nutrição</p>	<p>Campo de seleção única</p>

inseridas/contempladas no Plano Plurianual municipal?	<p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não, mas a área técnica solicitou a inclusão e não conseguiu.</p> <p>Não sei</p>
Q16. Indique de quais colegiados do SUS a área de Alimentação e Nutrição, participa:	<p>Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO</p> <p>Comissão Intergestores Bipartite</p> <p>Comissão Intergestores Regional</p> <p>Câmaras Técnicas</p> <p>Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde</p> <p>Outras. Quais? _____</p> <p>Não sei</p>
Q17. Você considera que a área técnica de Alimentação e Nutrição, tem autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação?	<p>Campo de seleção única</p> <p>Sim → vá para Q18</p> <p>Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área → vá para Q18</p> <p>Não</p> <p>Não sei → vá para Q18</p>
Q17.1 Se a respostas para a Q17 for NÃO, explique o porquê:	<p>Resposta aberta, texto,</p>
Q18. O município elabora protocolos/guias/manuais de Atenção Primária e/ou de Atenção Especializada?	<p>Campo de seleção única</p> <p>Sim</p> <p>Não → vá para Q21</p> <p>Não sei → vá para Q21</p>
Q19. Os protocolos/guias/manuais de Atenção Básica da SMS incluem temas da área de A&N?	<p>Campo de seleção única;</p> <p>Sim, sempre (frequentemente)</p> <p>Sim, às vezes (eventualmente)</p> <p>Não</p> <p>Não sei</p>
Q20. Os protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada da SMS incluem temas da área de A&N?	<p>Campo de seleção única,</p> <p>Sim, sempre (frequentemente)</p> <p>Sim, às vezes (eventualmente)</p> <p>Não</p> <p>Não sei</p>
Q21. A área de A&N responde pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da SMS?	<p>Campo de seleção única</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não sei</p>
Q22. O município dispõe de um ou mais protocolos de terapia nutricional?	<p>Campo de seleção única</p> <p>Sim, com participação da área de A&N</p> <p>Sim, sem a participação da área de A&N</p> <p>Não → vá para Q23</p> <p>Não sei → vá para Q23</p>
Q22.1 Quais protocolos/manuais/guias (ou documentos similares) de terapia nutricional que município dispõe?	<p>Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO</p> <p>Alergias e intolerâncias alimentares</p> <p>Desnutrição de pessoas idosas</p> <p>Desnutrição infantil</p> <p>Doenças Cardiovasculares (DCV)</p> <p>Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes,</p> <p>Neuropatias</p> <p>Pacientes em atenção domiciliar</p>

	<p>Sobrepeso e obesidade infantil Sobrepeso e obesidade adultos e idosos Outros. Quais? _____ Não sei</p>
<p>Q23. Quais os sistemas de informação do Ministério da Saúde que o município utiliza para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N?</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes () SIM () NÃO</p> <p>Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (e-SUS AB/ SISAB) e-Gestor Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde Sistema de Gestão de Micronutrientes Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) Sistema de Informações próprio do município Nenhum desses Não sei</p>
<p>Q24. A área de A&N divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município?</p>	<p>Campo de seleção única Sim Não Não sei</p>
<p>Q25. A SMS dispõe de canais de orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área técnica de A&N?</p>	<p>Campo de seleção única Sim. Não Não sei</p>
<p>Q26. O município possui algum meio/canal para recebimento de denúncias de violação do Direito Humano à Alimentação Adequada?</p>	<p>Campo de seleção única Sim. Não Não sei</p>
<p>Q26.1 Cite dois principais os meios/canais de recebimento de denúncias de violação do DHAA?</p>	<p>Resposta aberta (texto),</p>
<p>Q27. O(a) coordenador(a), ou outro profissional da área técnica de A&N, participa de alguma instância de controle social abaixo?</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes. () SIM () NÃO Conselho Local/Regional de Saúde Conselho Municipal de Saúde (CMS) Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CMSAN) Conselho de Alimentação Escolar (CAE) Conselho de Meio Ambiente ou congêneres Outro(s). Quais? _____ Não sei</p>
<p>Q28. No último ano civil, a situação alimentar e nutricional local foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para apoiar a tomada de decisão desse colegiado?</p>	<p>Campo de seleção única Sim. Não Não sei</p>
<p>Q29. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou a área técnica de A&N apresentou propostas de ação de A&N ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) no último ano civil?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, apenas uma vez Sim, mais de uma vez Não Não sei</p>
<p>Q30. No âmbito do Conselho Municipal de Saúde (CMS), foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição</p>	<p>Campo de seleção única Sim.</p>

(CIAN)?	Não Não sei
Q31 As ações da política de A&N e/ou do plano municipal de A&N integraram as discussões da conferência municipal de saúde realizada em 2019?	Campo de seleção única Sim. Não Não foi realizada conferência municipal de saúde neste ano Não sei
Q32. A área de A&N relaciona-se com a referência técnica estadual?	Campo de seleção única Sim, sempre (frequentemente) Sim, às vezes (eventualmente) Não → VÁ PARA Q34 Não sei → VÁ PARA Q34
32.1 Se a resposta para a Q32 for NÃO, responda: Por quê?	Resposta aberta (texto),
33. Qual ou quais os tipos de apoio mais relevantes recebidos da Referência Técnica Estadual?	Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Apoio político-institucional junto às instâncias decisórias da SMS Assessoria técnica em assuntos/temas da área, incluindo em monitoramento e avaliação, quando solicitada; Implantação de ações e programas Realização de encontros técnico-científicos ou para planejamento e monitoramento das ações inseridas em plano anual; Desenvolvimento de (ou apoio a) estratégias de formação de técnicos da gestão ou profissionais de saúde no âmbito da A&N; Visita no município para o monitoramento das atividades realizadas; Outros. Quais? _____ Não sei
34. A área de A&N relaciona-se com a referência técnica federal?	Campo de seleção única Sim, sempre (frequentemente) → VÁ PARA Q35 Sim, às vezes (eventualmente) → VÁ PARA Q35 Não Não sei → VÁ PARA Q35
34.1. Se a resposta para a Q 34 for NÃO, responda: Por quê?	Resposta aberta (texto),
35. A área de A&N recebe as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou de das ações e programas a ela relacionados, via Redenutri ou boletim Segundeira ou outro canal de informações/comunicação)?	Campo de seleção única Sim, sempre (frequentemente) Sim, às vezes (eventualmente) Não Não sei
36. A área de A&N se articula com outros setores do município?	Campo de seleção única Sim, sempre (frequentemente) Sim, às vezes (eventualmente)

	Não Não sei
37. Indique com quais setores a área de A&N desenvolve (ou participa) de ações intersetoriais	Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Agricultura/Desenvolvimento Agrário Assistência Social Cultura Educação Iniciativa privada Instituições de caridade ou religiosas Meio Ambiente Ministério Público Organizações Não Governamentais /da sociedade civil (ONG) que atuam na defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos Outros setores governamentais Segurança Alimentar e Nutricional Poder Legislativo local (Câmara dos Vereadores) Outros. Quais? _____ Não sei → VÁ PARA Q40
38. Indique em quais etapas do desenvolvimento ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial?	Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Planejamento da ação Investimento de recurso para a ação Execução da ação Execução de atividades eventuais da ação Avaliação e monitoramento Outro. Qual? _____ Não sei
39. Indique quais ações são desenvolvidas, com maior frequência, de forma intersetorial:	Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Educação alimentar e nutricional Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - PAAS Controle e prevenção da Desnutrição Controle e prevenção de deficiências de micronutrientes Controle e prevenção da obesidade/sobrepeso Controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Vigilância Alimentar e Nutricional Acompanhamento das famílias e usuários do PBF Ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola Outras. Quais? _____ Não sei
40. A área se articula com setores privados?	Campo de seleção única, Sim, sempre (frequentemente) Sim, às vezes (eventualmente) Não → VÁ PARA Q41 Não sei → VÁ PARA Q41
Se a resposta para a Q 40 for SIM (quaisquer alternativas), responda: 40.1 Com quais setores da iniciativa privada há articulação?	Aberta, texto
41. Indique em qual (quais) Equipamentos Públicos de	Alternativas NÃO excludentes,

<p>Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN) (link para o conceito) existentes no município a área de A&N atua:</p> <p>CONCEITO: EPSAN (MDS) “Estruturas físicas e espaços destinados, no todo ou em parte, à provisão de serviços públicos ao cidadão com vistas à garantia da segurança alimentar e nutricional, quais sejam a oferta, a distribuição e a comercialização de refeições e/ou de alimentos)</p>	<p>OPÇÕES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não tem no município</p> <p>Banco de alimentos;</p> <p>Centrais de abastecimento (Ceasa) Centrais de recebimento e de distribuição de produtos da agricultura familiar (centrais) ou unidades de beneficiamento da agricultura familiar Cozinhas comunitárias Feiras ou mercados públicos; Restaurantes populares/comunitários Restaurantes universitários; Serviços de produção da alimentação escolar em creches e/ou escolas Serviços de produção de refeições nos hospitais; Serviços de produção de refeições em unidades prisionais/de reclusão; Unidades Assistenciais do SUAS (CRAS/CRES, casas de acolhimento etc.) Outros. Quais? _____ Não sei</p>
<p>42 A área de A&N planeja e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua área?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, planeja e acompanha Sim, somente planeja Sim, somente acompanha Não Não sei</p>
<p>43 A área técnica de A&N realiza reuniões com a área da SMS responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os</p>	<p>Campo de seleção única</p>
<p>processos sobre a sua responsabilidade?</p>	<p>Sim, sempre (frequentemente) Sim, às vezes (eventualmente) Não Não sei</p>
<p>44. A área de A&N solicita e acompanha processos licitatórios relacionados à sua área?</p>	<p>Campo de seleção única Sim, solicita e acompanha Sim, somente solicita Sim, somente acompanha Não Não sei</p>
<p>45. Quais incentivos e repasses financeiros o município recebe do governo federal para desenvolver ações de A&N?</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Componente Básico da Assistência Farmacêutica (suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico) Crescer Saudável Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) Não sei → VÁ PARA Q48</p>
<p>46. Se recebe o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano civil?</p>	<p>Campo de seleção única Entre 0 e 10% 10 -25% 25 -50% 50- 75% 75- 100% Não sei</p>
<p>47. Se recebe o Incentivo Financeiro para Estruturação da</p>	<p>Campo de seleção única</p>

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), qual o percentual de execução orçamentária no último ano civil?	Entre 0 e 10% 10 -25% 25 -50% 50- 75% 75- 100% Não sei
48. O estado repassa recurso financeiro para custeio das ações de A&N no município?	Campo de seleção única Sim Não Não sei → VÁ PARA Q49
Se a resposta para a Q48 for SIM: 48.1 Informe o valor alocado no último exercício (ano civil) para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município	Campo aberto, numérico, XX.XXX.XXX, XX reais (R\$)
49. O município destina receita própria para custeio das ações de A&N no município?	Campo de seleção única Sim Não Não sei → VÁ PARA Q50
Se a resposta para a Q 49 for SIM: 49.1 Informe o valor alocado no último exercício (ano civil) para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município:	Campo aberto, numérico, XX.XXX.XXX, XX reais (R\$)
50. Indique em quais temas foi realizada a alocação dos recursos financeiros do último exercício financeiro (ano civil):	Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Ações de diagnóstico, prevenção e controle da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários) Ações de diagnóstico, prevenção e controle carências nutricionais (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri) Avaliação Antropométrica/Chamada Nutricional da população OU com recortes específicos (crianças,
	escolares, idosos, gestantes, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros Avaliação do consumo alimentar da população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, população em situação de rua, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros) Aquisição de material educativo para atividades de EAN e/ou Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros) Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas às alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviços, entre outros)

	<p>Promoção da alimentação adequada e saudável dirigida para a população OU com recortes específicos (crianças, escolares, idosos, gestantes, indígenas e outros Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros)</p> <p>Em nenhuma das atividades prioritárias da política (área) de A&N, pois, a SMS alocou os recursos em outras atividades de saúde prioritárias para o município.</p> <p>Outras. Quais? _____</p> <p>Não sei</p>
<p>Q51. A SMS incentiva (direta ou indiretamente) a educação permanente (link para o conceito e/ou de educação continuada (link para o conceito para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?)</p> <p>DEFINIÇÕES: Educação Permanente: formação em serviço, no contexto do trabalho. O próprio local de trabalho dos profissionais é o campo da aprendizagem; Educação Continuada: ocorre em instituições acadêmicas formais (como especializações, mestrados, doutorados etc.) – mesmo que eventualmente o campo da prática ocorra na rede de saúde - e/ou por meio da participação congressos, seminários etc.</p>	<p>Campo de seleção única Sim, em educação permanente e educação continuada</p> <p>Sim, mas apenas em educação permanente Sim, mas apenas em educação continuada</p> <p>Não → VÁ PARA Q54</p> <p>Não sei → VÁ PARA Q54</p>
<p>52. Quais estratégias de formação para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade são utilizadas pela SMS para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO</p> <p>Cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS) Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial Formação à distância por meio do Telessaúde Formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do Sus) Formação à distância por meio da plataforma AVASUS (Universidade Aberta do Sus) Incentivo (ou facilitação) para participação em cursos de pós-graduação Incentivo (ou facilitação) para participação em eventos de atualização técnica (oficinas, seminários) Rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de A&N</p> <p>Outras. Quais? _____</p> <p>Não sei</p>
<p>53. Indique quem são as instituições envolvidas no planejamento e execução da formação em serviço (educação permanente), cuja temática tenha sido a obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)?</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, () SIM () NÃO Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Secretaria Estadual de Saúde (SES) Áreas temáticas do Ministério da Saúde Instituições acadêmicas que atuam no município Instituições acadêmicas conveniadas ao SUS</p> <p>Outras. Quais? _____</p> <p>Não sei</p>
<p>Se a resposta para a Q53 for “Secretaria Municipal de</p>	<p>Campo de seleção única,</p>

<p>Saúde (SMS)", responda: 53.1 A área de A&N contribui/contribuiu para o planejamento e realização da formação em serviço (educação permanente), cuja temática seja/tenha sido a obesidade e/ou DCNT ou PAAS?</p>	<p>Sim, do planejamento e da execução dos cursos Sim, somente do Planejamento Sim, somente da execução dos cursos Não Não sei</p>
<p>54. Na sua percepção, como você avalia a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do município, para contribuir em nas seguintes temáticas: Anotar o código, de acordo com a legenda;</p> <p>1. Insuficiente 2. Pouco suficiente 3. Suficiente 9. Não sei</p>	<p>Alternativas NÃO excludentes, anotar o código, de acordo com a legenda; Capacidade de liderança e de articulação intersetorial Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade Prevenção e cuidado da Desnutrição (de crianças menores de 5 anos, idosos ou outros grupos etários) Prevenção e cuidado das carências de micronutrientes (deficiência de ferro, hipovitaminose A, Beribéri) Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis Promoção da alimentação adequada e saudável Utilização dos sistemas de informação (SISVAN, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros) Vigilância Alimentar Nutricional –VAN, incluindo técnicas de tomada de medida antropométricas</p>