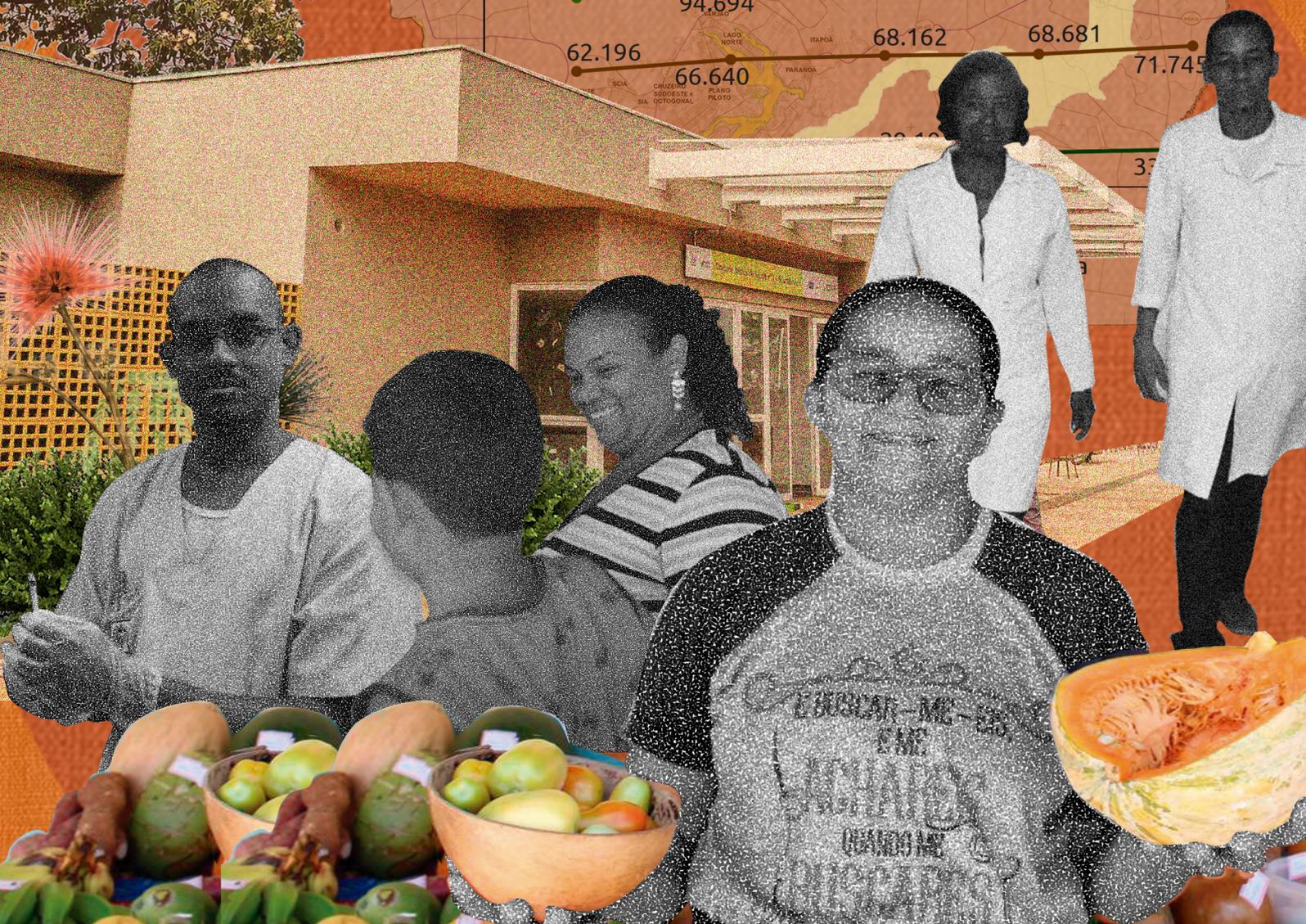
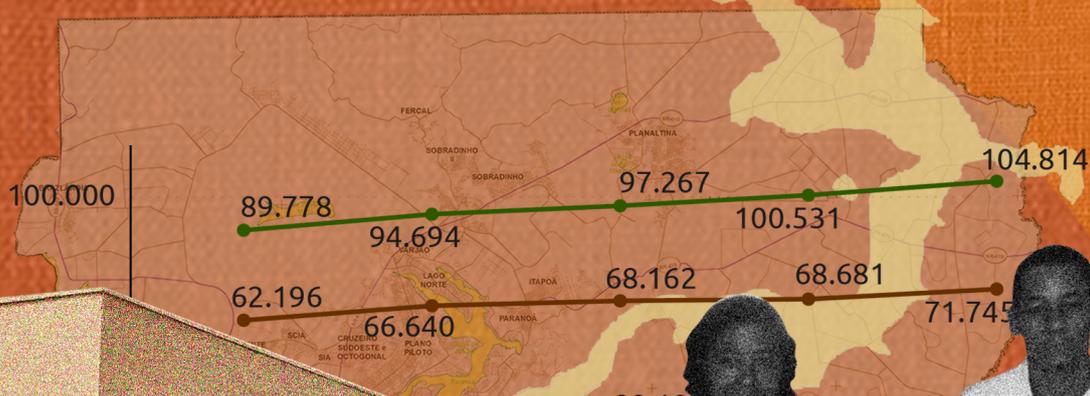


Relatório de Pesquisa

Diagnóstico dos Programas e Ações Relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no Distrito Federal

versão preliminar



RELATÓRIO DE PESQUISA

DIAGNÓSTICO DOS PROGRAMAS E AÇÕES RELACIONADAS À POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) NO DISTRITO FEDERAL

Sobrepeso e obesidade na Atenção Primária em Saúde

Versão preliminar

**Brasília
2022**

Coordenação

Elisabetta Recine

Concepção do projeto e supervisão técnica

Elisabetta Recine

Marília Mendonça Leão

Análise dos dados

Raquel Machado Schincaglia

Marília Mendonça Leão

Revisão de conteúdo

Elisabetta Recine

Marília Mendonça Leão

Raquel Machado Schincaglia

Coleta de dados

Giovanna Soutinho Araújo

Rafaella Lemos Alves

Letícia Gomes Freire

Revisão de texto

Sílvia Sousa

Capa

Tapiri Comunicação: Beatriz Cancian

Projeto gráfico, ilustrações e diagramação

Tapiri Comunicação: Beatriz Cancian

Realização

Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (OPSAN/UnB)

Parceria e Apoio

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de

Promoção da Saúde do Ministério da Saúde (CGAN/DEPROS/MS)

Autoras

Elisabetta Recine

Nutricionista, Mestre em Ciências (Fisiologia Humana) e Doutora em Saúde Pública, todos pela Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Nutrição e integrante do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília.

Marília Mendonça Leão

Enfermeira, Mestre em Nutrição Humana, Especialista em Políticas Públicas e Especialista em Saúde Pública, todos pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisadora Associada do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (OPSAN/UnB).

Raquel Machado Schincaglia

Nutricionista, mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO EXECUTIVO | 10 |
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 2. METODOLOGIA..... | 20 |
| 2.1 DESENHO DO ESTUDO | 20 |
| 2.2 BANCO DE DADOS | 21 |
| 2.3 ASPECTOS ÉTICOS..... | 21 |
| 2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 21 |
| 3.1.1 Arranjo institucional e governança das ações de alimentação e nutrição | 22 |
| 3.1.2 Gestão orçamentária/financeira | 27 |
| 3.1.3 Educação permanente | 28 |
| 3.2 DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA EM SOBREPESO E OBESIDADE | 29 |
| 3.2.1 Identificação do respondente | 30 |
| 3.2.2 O território em que atuam | 31 |
| 3.2.3 A gestão do cuidado com a obesidade | 36 |
| 3.2.4 Implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade..... | 44 |
| 3.2.5 Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e/ou obesidade | 49 |
| 3.2.6 Instrumentos/ferramentas de apoio à atenção nutricional..... | 80 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 89 |
| REFERÊNCIAS..... | 92 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Mapa da distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde que participaram do estudo. n=65..... | 32 |
| Figura 2 - Caracterização do território..... | 33 |
| Figura 3 - Caracterização do mapeamento do território..... | 34 |
| Figura 4 - Caracterização seleção e priorização dos problemas no território... 35 | |
| Figura 5- Caracterização dos serviços que ofertam assistência a usuários com sobrepeso/obesidade no território..... | 37 |
| Figura 6. Caracterização estratégias utilizadas para organização e coordenação do cuidado aos usuários com sobrepeso/obesidade no território..... | 39 |
| Figura 9 - Caracterização critérios de corte utilizados no território..... | 40 |
| Figura 10 - Caracterização da organização do cuidado com indivíduos com sobrepeso/obesidade no território..... | 41 |
| Figura 11 - Caracterização das ações e estratégias para garantir a continuidade do tratamento de indivíduos e estratégias de tratamento e com sobrepeso/obesidade no território..... | 42 |
| Figura 12 - Caracterização dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde e oriundos do Tesouro Federal utilizados para a organização do cuidado na Atenção Primária em Saúde com direcionamento para a atenção de indivíduos com sobrepeso/o..... | 43 |
| Figura 13 - Caracterização dos mecanismos para estruturação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) no território..... | 44 |
| Figura 14 - Caracterização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) adotadas no cuidado indivíduos com sobrepeso/obesidade no território..... | 45 |
| Figura 15. Caracterização dos acessos a exames e diagnóstico por Sistemas de Apoio para exames destinados aos usuários com sobrepeso e obesidade. | 46 |
| Figura 16 - Caracterização das ações desenvolvidas pelas equipes para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica..... | 47 |
| Figura 17 - Caracterização da infraestrutura, mobiliário e equipamentos para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade na unidade de saúde..... | 48 |
| Figura 18 - Caracterização do público com demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento individual relacionadas ao sobrepeso/obesidade..... | 50 |

| | |
|--|----|
| Figura 19 - Caracterização das formas de captação de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento individual nas unidades de saúde. ... | 51 |
| Figura 20 - Caracterização das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde..... | 52 |
| Figura 21 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde. | 54 |
| Figura 22 - Caracterização da adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietéticas realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde..... | 54 |
| Figura 23 - Caracterização das atividades realizadas na abordagem familiar de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento individual nas unidades de saúde. | 57 |
| Figura 24 - Caracterização do público com demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento em grupo relacionadas ao sobrepeso/obesidade. | 58 |
| Figura 25 - Caracterização da adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietéticas realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde. | 63 |
| Figura 26 - Caracterização do público que frequenta as atividades comunitárias realizadas pela UBS ou NASF para usuários com sobrepeso/obesidade..... | 65 |
| Figura 27 -.Caracterização das condições que justificam o desenvolvimento das atividades comunitárias promovidas pela (ou com participação) da UBS. | 67 |
| Figura 28 - Caracterização do nível de adesão (presença e/ou frequência e/ou participação) dos usuários nas atividades comunitárias. | 75 |
| Figura 29 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) individual na Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares. | 77 |
| Figura 30 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) em grupo. | 78 |
| Figura 31 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) comunitárias na Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares. | 79 |

| | |
|--|----|
| Figura 32 - Caracterização da dificuldade para utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e ou na aplicabilidade de seu conteúdo na atenção nutricional. | 83 |
| Figura 33 - Caracterização de outras referências ou publicações ou informações ou instrumentos utilizados pelos profissionais da unidade de saúde no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade. | 84 |
| Figura 34 - Caracterização das ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional a equipe utiliza para monitoramento e avaliação do cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade. | 86 |
| Figura 35 - Caracterização dos níveis de tomada de decisão, que as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS AB são utilizadas. | 87 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização das/dos respondentes..... | 30 |
| Tabela 2 - Outras estratégias e locais de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional..... | 35 |
| Tabela 3 - Pontos críticos a serem melhorados para implementação do cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade no seu município..... | 49 |
| Tabela 4 - Prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietética..... | 56 |
| Tabela 5 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde..... | 62 |
| Tabela 6 - Prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietética..... | 64 |
| Tabela 7 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde..... | 74 |
| Tabela 8 - Motivos para a baixa adesão às atividades em comunitárias na Unidade de Saúde..... | 75 |
| Tabela 9 - Motivos para o não desenvolvimento de atividades em comunitárias na Unidade de Saúde..... | 76 |
| Tabela 10 - Uso ou motivos do não uso de publicações do Ministério da Saúde na orientação do trabalho da equipe de atenção nutricional..... | 82 |
| Tabela 11 - Mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários com sobrepeso/obesidade atendidos na UBS ou pelas equipes ESF e NASF..... | 88 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ATAN DF | Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Distrito Federal |
| AVASUS | Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS |
| CAISAN DF | Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional do DF |
| CGAN | Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição |
| CONSEA | Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do DF |
| DEPROS | Departamento de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde |
| EPSAN | Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional |
| ETSUS | Escola Técnica do SUS |
| LCSO | Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade |
| MS | Ministério da Saúde |
| OPSAN | Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional da UnB |
| PDAN | Política Distrital de Alimentação e Nutrição |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| SAPS | Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde |
| SES- DF | Secretaria de Saúde do Distrito Federal |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SUAS | Sistema único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UnaSUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |
| VAN | Vigilância Alimentar e Nutricional |

RESUMO EXECUTIVO

A PNAN

A promoção da alimentação e nutrição saudáveis, já de longa data, recebe atenção das políticas públicas no Brasil. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em sua primeira versão em 1999, foi uma estratégia para integrar à Política de Saúde ações e programas para respeitar, proteger e prover o direito humano à alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Mas as políticas públicas são dinâmicas e evoluem, assim como o cenário epidemiológico e as demandas da população à qual estão endereçadas. Por esta razão, após 10 anos da publicação da 1ª edição, o Ministério da Saúde realizou um processo amplo e participativo para o aprimoramento das diretrizes e ações da PNAN. O propósito foi atualizar referências e ações para as emergentes demandas do campo da Alimentação e Nutrição. O resultado deste processo foi a publicação de uma nova versão da PNAN em 2011, por meio da Portaria MS Nº 2.715, de 17/11/2011. O presente relatório trata de mais um momento avaliativo, delineado 20 anos depois (2019) da 1ª edição da PNAN, com o objetivo de buscar evidências para ampliar e aprimorar o cuidado nutricional e as ações que promovem a alimentação saudável e a segurança alimentar e nutricional no Brasil.

A PESQUISA

O “Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas 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 Primária em Saúde foi realizado em outros estados brasileiros e este relatório apresenta os resultados referentes ao Distrito Federal (DF). A pesquisa recebeu o apoio e o financiamento da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN – DEPROS/SAPS/MS) do Ministério da Saúde, por meio de uma chamada pública realizada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). No Distrito Federal foi realizada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (OPSAN) da UnB, em parceria com Secretaria de Saúde do DF (SES-DF). A pesquisa foi delineada pelo Ministério da Saúde como um inquérito de avaliação da situação dos programas e ações integrantes da PNAN, buscando conhecer como estas ações estão organizadas nos municípios, no Distrito Federal nas capitais brasileiras e tentar investigar os diferentes estágios de implementação desta política.

COLETA DE DADOS

Os resultados apresentados neste relatório referem-se exclusivamente aos dados coletados no âmbito do DF e se propõem a compreender como estão sendo ofertadas as ações relacionadas à PNAN, com foco no cuidado do sobrepeso e a obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS-DF. Os instrumentos de coleta utilizados na pesquisa foram elaborados e padronizados pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde, com a colaboração da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e são os mesmos aplicados nas demais unidades federadas participantes, pelas respectivas universidades responsáveis pela pesquisa.

A coleta de dados no DF foi realizada no período de junho a setembro de 2021, por meio do preenchimento de dois questionários eletrônicos, semiestruturados e autoaplicáveis: o primeiro intitulado *Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição (Q1)* foi preenchido por profissionais da Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT), área de referência distrital em Alimentação Nutrição, em conjunto com profissionais da Gerência de Apoio à Saúde da Família- GASF, unidade que faz o compartilhamento da coordenação das ações da PNAN que ocorrem na Atenção Primária na SES-DF; o questionário *Diagnóstico de organização, gestão e cuidado nutricional na APS (Q2)* foi respondido pelos profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde (UBS/UBF, eSF ou NASF), selecionados em amostra representativa das UBS do DF. Para fins de validar e atualizar alguns dados do Q1 para o presente relatório, em agosto de 2023, foi realizada nova coleta de dados por meio de entrevistas com questões semiestruturados com as gestoras das mencionadas áreas.

CARACTERÍSTICAS DAS/DOS INFORMANTES

Participaram do estudo 3 respondentes do Q1, representando a GESNUT e a GASF¹ e profissionais de saúde atuantes em 65 UBS respondentes do Q2. Dessas 65 unidades, 52,31% eram urbanas periféricas, 27,69% urbanas centrais e 20,00% rurais. Dos indivíduos respondentes a média de idade foi de 40,51 anos (DP= 8,49, mínimo = 21,95 e máximo = 63,4). A maioria (73,85%) era do sexo ou gênero feminino, 50,77% informaram que eram da cor branca, 40,00% parda, 7,69% preta e 1,54% da indígena, e 44,62% tinham como formação básica a enfermagem e 35,38% nutrição.

A GESTÃO DA PNAN NO DF

O diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição buscou conhecer aspectos de sua governança, institucionalidade, autonomia orçamentária no

¹ Segundo informação repassada pelas profissionais respondentes.

contexto da estrutura da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) e identificar interfaces com outros programas de saúde, com outras instâncias do SUS e outras políticas públicas intersetoriais. O DF possui uma Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN) que orienta a atuação da Secretaria de Saúde na temática. Essa política foi publicada e instituída no ano de 2020, mas ainda não estava regulamentada à época de aplicação da pesquisa. A PNAN no DF é gerida pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT-DF), em conjunto com a Gerência de Apoio à Saúde da Família (GASF), sendo esta responsável pelas ações na Atenção Primária na SES-DF. A GESNUT-DF existe há mais de 25 anos na Secretaria de Saúde do DF e a coordenação da área estava ocupada por uma nutricionista instituída no cargo há mais de 2 anos e possuía 9 profissionais de nível superior, sendo 7 nutricionistas e 2 assistentes sociais, no momento da coleta dos dados.

As ações da PNAN no DF possuem orçamento próprio, tendo como fonte principal os repasses financeiros do Ministério da Saúde para ações pré-definidas. As ações orçamentárias relacionadas ao tema “Alimentação e Nutrição” no Setor Saúde inseridas no Plano Plurianual Distrital 2020-2023² foram os seguintes programas: 4068 - Alimentação especial e nutrição na integralidade do SUS e 4227 - Fornecimento de alimentação hospitalar.

No DF, não havia, até a coleta de dados da pesquisa, a participação da área de Alimentação e Nutrição em colegiados do Sistema Único de Saúde do SF, tais como o Colegiado de Gestão (congênere da Comissão Intergestores Bipartite), Comissão Intergestores Regional, Câmaras Técnicas e não participava de nenhum colegiado e Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde. Mas havia participação intersetorial na CAISAN e CONSEA do DF.

Segundo nos foi informado pelas gestoras das áreas responsáveis pela PNAN no DF atualmente os processos decisórios de planejamento e gestão da SES-DF têm acontecido no âmbito dos colegiados das Redes Temáticas quando são pactuados de maneira transversal temas como: organização das linhas de cuidado, rodada de aprovação nas regiões de saúde, organização das equipes multiprofissionais, visando uma gestão mais democrática, capilarizada e participativa nas regiões de saúde.

O TERRITÓRIO

Sobre o território de trabalho menos de um terço da amostra (n= 17 e 26,15%) relatou que em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, é feito o mapeamento do território e/ou Mapa de saúde do território, sendo que destes apenas 13,85% relataram coleta, registro e análise de dados de consumo alimentar dos usuários (SISVAN/SISAB/e-SUS); 15,38% relataram coleta,

² Lei nº 6.490 de 29/01/2020 dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA do Distrito Federal para o quadriênio 2020- 2023, em cumprimento da Lei Orgânica do Distrito Federal.

registro e análise de dados do estado nutricional dos usuários (SISVAN/SISAB/e-SUS); 12,31% relataram demandas observadas em visitas domiciliares; 13,85% escuta das demandas da população (diretamente com o usuário ou via Conselho Local de Saúde); e 6,15% estudo dos determinantes e condicionantes dos problemas alimentares e nutricionais no território. Observa-se que a diretriz da PNAN sobre o monitoramento da situação alimentar e nutricional não está sendo implementada na maioria da UBS do DF.

A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DA OBESIDADE

Aproximadamente 85% dos entrevistados disseram que na unidade de saúde onde atua existe algum tipo de atendimento individual relacionado ao sobrepeso/obesidade e 70,77 % das unidades relatou que este atendimento incluía a abordagem familiar. Ao verificar a frequência de unidades de saúde que faziam o atendimento de usuários com sobrepeso ou obesidade em grupos, apenas 38,46% responderam que esse era um tipo de atendimento ofertado ao público. Em resumo, as principais estratégias de tratamento do sobrepeso/obesidade mencionadas foram: cuidado nutricional individual (84,62%), diagnóstico precoce, a partir do acompanhamento nutricional, exames clínicos e laboratoriais (70,77%), abordagem familiar (69,23%) e tratamento medicamentoso (69,23%). Sobre a organização do cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade na rede, 70,77% das/dos respondentes disseram que ocorre articulação com outros pontos da atenção para o cuidado individual, como atenção especializada em nível ambulatorial e/ou hospitalar; 69,23% relataram que há discussão de caso com equipe e/ou compartilhamento do cuidado individual com outros profissionais na UBS; 49,23% que há encaminhamento para ações em grupo relacionadas aos cuidados para pessoas com sobrepeso/obesidade na UBS/USF e/ou polos de Academia da Saúde ou similares; e 53,85% que há encaminhamento para outras ações em pontos de ações intersetoriais.

A LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE (LCSO)

A LCSO foi mencionada por diversas/os respondentes, sempre no sentido que já a conhecem, mas que falta uma implementação mais efetiva. Entre os pontos identificados como críticos e que merecem ser melhorados foram citados nesta ordem: adaptações no espaço físico, mobiliário e equipamentos adequados à pessoa com obesidade, melhoria da gestão com a estruturação, estabelecimento de fluxos e pactuações intra e intersetoriais, educação permanente da equipe multiprofissional, recursos humanos para complementar a equipe multiprofissional, tais como professor de educação física, psicólogo e nutricionista, necessidade de ampliar os NASFs e a referência de

especialidades, e a implementação efetiva da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

APOIO AO CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Acerca dos instrumentos e ferramentas de apoio ao atendimento nutricional, as/os respondentes relataram que os mais frequentes foram: 1) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (Guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2013 ou o Álbum seriado, 2004); 2) Caderno de Atenção Básica n. 35 -Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, 2014; 3) Caderno de Atenção Básica n. 38 - Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade, 2014 . E os menos frequentemente relatados foram: 1) Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, 2014 e 2) Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde, 2009. Entretanto, curiosamente, é preciso ressaltar a quantidade de respondentes que disseram desconhecer importantes ferramentas para o atendimento nutricional, chegando, por exemplo a 66,15% para o material “Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, 2014”.

Apenas 9,23% das/dos respondentes afirmaram que a equipe de saúde possui processos coletivos de avaliação do trabalho e dos resultados alcançados no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade.

RESULTADOS SELECIONADOS E COMENTÁRIOS

- Os resultados da pesquisa evidenciam que diversas ações da PNAN relacionadas ao cuidado da obesidade estão sendo ofertadas na APS do DF, mas não na totalidade das UBS investigadas. Contudo, essas ações se mostram fragmentadas uma vez que a LCSO não está efetivamente implementada em toda a rede de UBS.

- A coleta e o uso de informações em saúde para fins de mapeamento do território é realizado por 26% das UBS investigadas e a pesquisa encontrou baixa cobertura do uso de sistemas do SUS e aqueles do campo da atenção nutricional. Por exemplo, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), estratégia voltada ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, que já existe como diretriz da PNAN há mais de 20 anos, é realizada por apenas 18,46% das UBS pesquisadas e apenas 3 UBS (4,62%) relataram que a equipe discute internamente os indicadores da VAN e dessas apenas 2 relatam que não há frequência definida e 1 unidade relatou que acontece anualmente.

- O atendimento individual relacionado ao sobrepeso/obesidade foi informado por 85% das/dos respondentes que atuam nas UBS, o que pode indicar que tais usuários estão chegando e sendo atendidos nas unidades básicas, mas não se pode concluir sobre a continuidade deste atendimento na UBS, pois quando se pergunta sobre a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) organizada na sua Região de Saúde a maioria respondeu que não existe (36,92%) ou não sabe (30,77%). Sobre os mecanismos existentes para a estruturação da LCSO a resposta mais frequente (78,46%) foi para a “Regulação para o acesso à Atenção Especializada”.

- Um resultado que chama a atenção é que apenas 1 em cada 4 dos profissionais de saúde que responderam à pesquisa foram sensibilizados, por meio de capacitação/educação permanente/educação em serviço (EP), quanto aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição.

- O Guia Alimentar para a População Brasileira é um dos materiais mais utilizados como base para o atendimento nutricional de pessoas com sobrepeso e obesidade, mas quatro em cada dez respondentes reportaram dificuldades de aplicar o conteúdo do material. Isso pode ser reflexo das poucas estratégias de educação continuada empregadas no DF, e também confirma a importância dos materiais complementares sobre o Guia Alimentar para População Brasileira que vem sendo desenvolvidos e dirigidos aos profissionais de saúde.

- De modo geral, o cuidado inicial da pessoa com sobrepeso ou obesidade é feito nas UBS mas na maioria destas o encaminhamento para atendimento especializado ou hospitalar é o mais provável.

- Os resultados indicam uma baixa utilização de dados e informações em saúde do campo da alimentação e nutrição, seja para o mapeamento do território como para fornecer subsídios às ações intrasetoriais (SUS DF) ou intersetoriais.

- A existência de uma área de referência técnica gestora da PNAN, com orçamento próprio e a publicação da Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN) na SES-DF são indicadores positivos no contexto da gestão pública. Mas destaca-se a importância de maior articulação e participação intrasetorial nos colegiados de gestão do SUS local, de modo a angariar apoio nas disputas técnicas e políticas, tantas vezes necessárias para fazer avançar as agendas públicas.

- Ainda assim verifica-se uma realidade promissora no que se refere à governança da PNAN no DF, na medida em que pré-condições já estão definidas como a existência de uma gestão compartilhada entre áreas de referência técnica (GESNUT e GASF) formalizadas e atuantes, com orçamento próprio e a

existência de documento legal instituído para a Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN), aprovada nas instâncias do SUS local. Entretanto, é relevante considerar que a organização do cuidado nutricional é tarefa complexa e de responsabilidade multiprofissional, o que requer ampla adesão das equipes e das UBS, a implementação efetiva da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), além das articulações na Rede de Atenção Saúde e nos diversos níveis de complexidade do sistema. Cabe aos gestores a garantia das condições profissionais e materiais para a organização do cuidado nas unidades de serviço. O fortalecimento e a ampliação das ações da PNAN para toda a APS e demais níveis de atenção à saúde é condição necessária para a promoção mais efetiva da alimentação e nutrição saudáveis para toda a população usuária do SUS no DF.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado com a alimentação e nutrição adequadas no Brasil tem um histórico importante nas políticas públicas e se mostra cada vez mais relevante frente à carga de doenças que têm ocorrido e se acumulado ao longo dos anos. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em sua primeira versão em 1999, foi proposta para organizar e integrar esforços a fim de que, no campo das políticas públicas, se oferecessem ações para respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação e assim combater, simultaneamente, doenças carenciais e condições crônicas não transmissíveis (CCNT) relacionadas à alimentação (BRASIL, 1999).

Após 10 anos da publicação da PNAN, em 2009 realizou-se um processo participativo e multiautores para atualização e aprimoramento das diretrizes da PNAN, de forma a consolidar-se como uma referência para os novas demandas e desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS). Em parceria com a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde conduziu um amplo e democrático processo de atualização da Política, por meio da realização de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Assim, foi publicada em uma versão atualizada da PNAN, por meio da Portaria MS Nº 2.715, de 17/11/2011, visando o necessário realinhamento da Política frente às emergentes e crescentes demandas de atenção à saúde decorrentes, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, associados a uma alimentação e modos de vidas não saudáveis. Soma-se a esta realidade a insegurança alimentar e nutricional em parcelas significativas da população brasileira, associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação. Neste cenário importa ressaltar que alguns grupos da população são mais afetados tanto pelas doenças crônicas, o que inclui altas prevalências de sobrepeso e obesidade como as deficiências nutricionais em grupos vulneráveis como povos indígenas, quilombolas e comunidades que vivem em áreas de extrema pobreza (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2021).

A promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos

relacionados à alimentação e nutrição e as demais diretrizes da PNAN precisavam ser fortalecidas e cada vez mais integradas aos princípios do SUS, ou seja, a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular para o enfrentamento da complexa realidade identificada (BRASIL, 2012).

A implantação e consolidação da PNAN na Atenção Primária à Saúde (APS) também sempre esteve no radar nos gestores dessa Política. Na década de 2000 ainda havia uma oferta insuficiente de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde que pudesse fazer frente ao novo perfil de saúde da população, o que limitava o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade na atenção à saúde. Em 2009, foi publicada a *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*³, tendo como sujeitos da abordagem do cuidado nutricional o indivíduo, a família e a comunidade e como uma primeira iniciativa sistematizada para organizar e integrar às ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional às ações de saúde desenvolvidas no âmbito da APS. O propósito era que as ações de alimentação e nutrição na APS tanto contribuiria para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira. Desde então é irrefutável que progressos foram feitos na implantação e consolidação da PNAN nos municípios, especialmente naquilo que diz respeito à apropriação das ações da Política pela equipe multiprofissional da APS e nas instâncias de governança do SUS (BORTOLINI, et al., 2020). A APS sempre teve papel importante nas ações de diagnóstico nutricional, incluindo o estado nutricional e a detecção de agravos à saúde relacionados à alimentação. Além disso, sempre foi atuante na assistência e acompanhamento dos indivíduos com essas condições (BORTOLINI, et al., 2020). Com a atualização da PNAN, a primeira diretriz veio para fortalecer essa conexão partindo da organização da atenção nutricional, a fim de constituir a APS como um local de entrega da política, suas ações e programas. Uma versão atualizada desta Matriz foi publicada em 2022, com objetivos e propósitos renovados de acompanhar o complexo cenário epidemiológico brasileiro, no qual as diferentes formas de má nutrição e insegurança alimentar requerem cada vez mais políticas públicas intersetoriais e integradas (BRASIL, 2022).

Após 20 anos de publicação da 1ª versão da PNAN, realizou-se a caracterização dos programas e ações desenvolvidos em municípios brasileiros por meio do *Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à política nacional de alimentação e nutrição (PNAN)*, com foco no cuidado nutricional do sobrepeso e obesidade, cujos resultados para o Distrito Federal estão descritos a seguir.

³ Esta matriz foi recentemente (2022) atualizada com a publicação da *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde*(BRASIL, 2022)

O presente relatório de pesquisa tem como objetivo demonstrar como estão sendo ofertadas as ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com ênfase no cuidado do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Distrito Federal (DF). Conhecer como é organizado o cuidado nutricional na rede básica pode contribuir com os gestores do SUS-DF e do SUS Nacional para o aperfeiçoamento destas ações.

2. METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa denominada *Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) no Distrito Federal* é parte integrante do projeto *Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no DF (DF)* realizados pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) da UnB, em parceria com Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) e com apoio e financiamento da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN – DEPROS/SAPS/MS) do Ministério da Saúde, por meio de uma chamada pública do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esta mesma pesquisa foi realizada em outros estados brasileiros com os mesmos instrumentos de coleta de dados, padronizados pela CGAN do Ministério da Saúde e com a colaboração da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Os dois questionários semiestruturados e autoaplicáveis foram dirigidos aos participantes por meio eletrônico, sendo:

Q 1: Diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição, preenchido por profissionais das áreas de referência técnica de Alimentação e Nutrição do SUS-DF e responsáveis pela gestão das ações da PNAN na SES-DF;

Q 2: Organização, gestão e cuidado nutricional na APS, respondido pelos profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde (UBS/UBF, ESF ou NASF). Os nomes das/dos profissionais respondentes foram indicados pelos coordenadores das regiões da APS, nas regiões de saúde do DF.

AMOSTRAGEM

Para o Q1 (Módulo Gestão) foi selecionada apenas uma unidade de pesquisa considerando o DF como uma unidade de análise, mesmo procedimento utilizado para as capitais das demais unidades federadas. A amostra selecionada para o DF para a aplicação do Q2 foi fornecida pela equipe da UFPI e UFSC e grupo assessor da CGAN-MS para esta pesquisa. Para esta considerou-se o número total de UBS no DF (176), com margem de erro de 10% (alfa) e grau de confiança de 95% em um processo de amostragem aleatória simples distribuídas por todas as regiões de saúde de forma representativa para o sistema de saúde pública do DF. Assim, a amostra calculada foi de 63 UBS, mas ao final da coleta tivemos 65 questionários respondidos e validados.

2.2 BANCO DE DADOS

O processo de coleta de dados foi organizado pela Departamento de Saúde Pública e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC que monitorou o preenchimento dos questionários via plataforma *Survey Monkey* e enviou, semanalmente, uma planilha extraída diretamente da mesma com os dados preenchidos. Quinzenalmente era enviado para os coordenadores da pesquisa nos Estados e DF um consolidado com o percentual de preenchimento de cada questionário e ao final do estudo esses dados consolidados, na forma de um banco de dados, foram enviados ao Ministério da Saúde que os destinou aos coordenadores para produção dos relatórios e publicações de interesse. O acesso ao banco de dados foi disponibilizado no formato de planilhas do programa Excel.

A limpeza do banco de dados do diagnóstico da assistência no DF foi feita considerando como critérios de inclusão apenas uma/um respondente por UBS. Quando havia mais de uma/um respondente foi priorizado, nessa ordem, os dados fornecidos pelo nutricionista e a data da primeira entrada no sistema de coleta de dados.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados pela pesquisa têm caráter sigiloso, sendo que as/os respondentes não serão identificadas/os e nenhuma informação individual será divulgada. Cada respondente assinou, previamente ao preenchimento do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde seus direitos como informante da pesquisa e o sigilo das informações estarão declarados. O Projeto foi submetido e aprovado pelo CEP (Processo 18826619.0.0000.0030- CEPFS UnB - Número do Parecer: 3.916.030).

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise descritiva dos dados coletados com apresentação de frequências absolutas (n) e relativas (%) ou média, desvio padrão e valores mínimos e máximos. Os dados estão dispostos em tabelas ou gráficos ou mapas, assim como em textos.

3 RESULTADOS

3.1 DIAGNÓSTICO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Esta parte da pesquisa buscou conhecer como se dava a gestão da PNAN no âmbito do SUS-DF e identificar aspectos de sua governança e interfaces com outros programas de saúde, com outras instâncias do SUS e outras políticas públicas setoriais. O diagnóstico da gestão das ações de alimentação e nutrição (Q1) está organizado em 3 blocos temáticos:

- Arranjo institucional e governança das ações de alimentação e nutrição
- Gestão Orçamentária/Financeira
- Educação Permanente

Esclarece-se que os resultados apresentados sobre este tema da “*Gestão da Ações*” estão limitados à descrição das respostas obtidas no instrumento de coleta o que em muitos casos não permitem análises mais aprofundadas ou justificativas para compreensão mais ampla do tema. Recorda-se que a pesquisa no DF atendeu os requisitos do planejamento nacional e não fez alterações no instrumento de coleta de dados padronizado pelo Ministério da Saúde. Também vale lembrar que, pelas características do DF, estas informações tiveram origem em apenas um questionário respondido em conjunto pelas profissionais das áreas de referência técnicas da PNAN no DF. Para fins de validar e atualizar alguns dados do Q1 para o presente relatório, em agosto de 2023, foi realizada nova coleta de dados por meio de entrevistas com questões semiestruturadas com as gestoras da Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT) e Gerência de Apoio à Saúde da Família GASF.

3.1.1 Arranjo institucional e governança das ações de alimentação e nutrição

A implementação das diretrizes da PNAN é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. No âmbito federal esta responsabilidade é da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), integrante do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), do Ministério da Saúde. No DF, existe há mais de 25 anos uma área de referência técnica responsável pela gestão da PNAN, denominada Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT) que faz a gestão compartilhada das ações da PNAN com a Gerência de Apoio à Saúde da Família (GASF), sendo esta responsável pelas ações na Atenção Primária na SES-DF, ambas gerências integrantes da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SES-DF e presentes no organograma da instituição.

Importante considerar que o DF possui uma Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN) que orienta a atuação da Secretaria Distrital de Saúde na temática. Essa política foi elaborada por um grupo de trabalho instituído no ano de 2020 que veio a ser instituída pela Portaria nº 1192 de 24/11/2021 e publicada no DO-DF nº 225 de 03/12/2021. O lançamento da PDAN foi feito para o público em 06/12/2021.

Foi afirmado em entrevista com a gestoras que as ações e metas de alimentação e nutrição no DF estavam previstas no Plano Plurianual (PPA) e que as ações da PNAN no DF possuem orçamento próprio, tendo como fonte principal os repasses financeiros do Ministério da Saúde para ações pré-definidas. As ações orçamentárias relacionadas ao tema “Alimentação e Nutrição” no Setor Saúde encontradas no Plano Plurianual Distrital 2020-2023⁴ foram os seguintes programas: 4068 - Alimentação especial e nutrição na integralidade do SUS e 4227 - Fornecimento de alimentação hospitalar.

No DF, não havia até a coleta de dados da pesquisa a participação da área de Alimentação e Nutrição em colegiados do Sistema Único de Saúde, tais quais o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), o Colegiado de Gestão⁵ (congênere da Comissão Intergestores Bipartite), a Comissão Intergestores Regional, Câmaras técnicas, ou Colegiados e Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde.

Mas foi afirmado que nas relações e pactuações internas da governança da SES-DF a área de referência técnica de Alimentação e Nutrição do DF tem participação formal e regular nos seguintes processos decisórios de planejamento e gestão da SES-DF:

- Elaboração/revisão do Plano Plurianual;
- Plano Distrital de Saúde;
- Elaboração do Termo de Compromisso de Gestão;
- Relatório Anual e Quadrienal de Gestão;
- Participação e realização da análise de situação de saúde;
- Definição dos objetivos e/ou metas locais das ações de vigilância alimentar e nutricional, dos indicadores de desempenho relacionados às ações de vigilância alimentar e nutricional (cobertura, por exemplo) e da
- Definição dos recursos financeiros para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição.

⁴ Lei nº 6.490 de 29/01/2020 dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA do Distrito Federal para o quadriênio 2020- 2023, em cumprimento da Lei Orgânica do Distrito Federal.

⁵ No Distrito Federal o Colegiado de Gestão é a instância que cumpre as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite – CIBs e isso foi reconhecido pela Comissão Intergestores Tripartite, na reunião do dia 26 de novembro de 2009.

Segundo nos foi informado pelas gestoras das áreas responsáveis pela PNAN no DF atualmente (2022) os processos decisórios de planejamento e gestão da SES-DF têm acontecido no âmbito dos colegiados das Redes Temáticas quando são pactuados de maneira transversal temas como: organização das linhas de cuidado, rodada de aprovação nas regiões de saúde, organização das equipes multiprofissionais, visando uma gestão mais democrática, capilarizada e participativa nas regiões de saúde.

Foi informado que a coordenadora ou outro profissional da GESNU participa em conselhos intersetoriais como a Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional do DF (CAISAN DF) e o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do DF (CONSEA do DF), representando a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF). Mas informou não participar de outras instâncias de controle social como o Conselho Distrital de Assistência Social (CMAS), Conselho de Alimentação Escolar (CAE) e Conselho de Meio Ambiente ou outros.

Na representação na CAISAN e no CONSEA do DF participaram de processos decisórios de planejamento e gestão intersectorial no âmbito de sua representação no CONSEA DF tais como:

- Elaboração e Monitoramento do Plano Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Grupo de Trabalho Intersectorial Distrital (GTI-D) no Programa Saúde na Escola e
- Plano Distrital de Promoção da Saúde.

Foi relatado que a área de referência técnica de Alimentação e Nutrição não participava da definição da periodicidade de análise e/ou de divulgação dos indicadores de monitoramento e da avaliação das ações de vigilância alimentar e nutricional para:

- Conselho de Saúde do DF
- Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA DF)
- Comitê Intersectorial do Programa Bolsa Família (PBF); e
- Definição de agenda intersectorial com o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Por fim, relatou-se também que não participaram diretamente da elaboração da Política Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional e da definição de parâmetros de insegurança alimentar e nutricional no DF. Mas em entrevista realizada em agosto de 2022, informaram que estão em fase de elaboração de novo projeto sobre insegurança alimentar e nutricional, visando a formação de profissionais para utilização de escalas da fome e implementação de ações na atenção primária.

A gestora respondente da pesquisa informou que a área de referência técnica de Alimentação e Nutrição tinha autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação, que elaborava protocolos/guias/manuais de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde que incluíam temas da área de alimentação e nutrição. Foi informado ainda que setores da SES- DF elaboravam protocolos/guias/manuais de Atenção Especializada, mas apenas eventualmente temas de alimentação e nutrição eram incluídos. Ademais, a área de referência técnica de Alimentação e Nutrição (GESNUT) respondia pelos processos de dispensação de fórmulas alimentares e leites especiais da Secretaria Distrital de Saúde.

O DF possuía pelo menos um protocolo de terapia nutricional que foi elaborado com a participação da área de alimentação e nutrição, dentre eles o de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão, Diabetes, o de Pacientes em Atenção Domiciliar e os de Sobrepeso e Obesidade em adultos e idosos. Foi registrado que não possuía protocolo para sobrepeso e obesidade para crianças e adolescentes. E a/o respondente não soube informar sobre os protocolos de Alergias e Intolerâncias Alimentares, Desnutrição de pessoas idosas, Desnutrição infantil, Doenças Cardiovasculares (DCV) e Neuropatias.

Acerca dos sistemas de informação do Ministério da Saúde que o DF utiliza para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição foram elencados:

- e-Gestor
- Sistema de Gestão da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)
- Sistema de Informações próprio do DF
- Sistema de Gestão de Micronutrientes
- Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (e-SUS AB/ SISAB)
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Foi ainda informado que a área de referência técnica de Alimentação e Nutrição do DF não utilizava:

- e-SUS hospitalar e o gestor não soube informar sobre o uso do e-SUS SAMU e Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL).

No que se relaciona à comunicação e participação nas instâncias de controle social, a área de Alimentação e Nutrição informou que divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no Governo do Distrito Federal, sendo citadas como os mais relevantes o sítio eletrônico e mídias sociais como Facebook e Instagram da Secretaria de Saúde. A SES-DF

dispunha de canais de orientação ou esclarecimento de dúvidas sobre programas e ações sob responsabilidade da área de referência técnica de Alimentação e Nutrição do DF e potencialmente um meio/canal para recebimento de denúncias de violações do Direito Humano à Alimentação Adequada, que é a Ouvidoria da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF).

Foi reportado que, no ano anterior à pesquisa, a situação alimentar e nutricional local não foi apresentada ao Conselho de Saúde do DF para apoiar a tomada de decisão do colegiado. Também foram reportadas negativas para:

- Apresentação de propostas de ação de alimentação e nutrição junto ao Conselho de Saúde do DF no ano anterior da pesquisa;
- Criação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição;
- Discussões na conferência de saúde realizadas em 2019 acerca das ações da política de alimentação e nutrição e/ou do plano de alimentação e nutrição.

Por outro lado, foi informado que área de referência técnica de Alimentação e Nutrição do DF se articula com a referência técnica federal, recebendo frequentemente as notícias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e/ou das ações e programas a ela relacionados, via Redenutri ou boletim Segundeira ou outro canal de informações/comunicação.

Foi reportado que área de referência técnica de Alimentação e Nutrição do DF se articula com outros setores do GDF, incluindo Agricultura/Desenvolvimento Agrário, Assistência Social, Educação e também com instituições de assistência social ou religiosas, Meio Ambiente, Organizações Não Governamentais (ONG) que atuam na defesa dos direitos humanos, individuais e coletivos e Segurança Alimentar e Nutricional, mas não com a Secretaria de Cultura, Ministério Público e Poder Legislativo local.

Foi indicado que ocorre a articulação das ações desenvolvidas de forma intersetorial nas seguintes etapas do desenvolvimento:

- Planejamento da ação, Execução da ação, Execução de atividades eventuais da ação e Avaliação e monitoramento, mas não Investimento de recurso para a ação.

As ações citadas como as desenvolvidas com maior frequência, de forma intersetorial foram:

- 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); e

- Vigilância Alimentar e Nutricional e ações de alimentação e nutrição nas escolas que aderiram ao Programa Saúde na Escola.

No DF, a área de Alimentação e Nutrição não se articula com setores privados.

Apenas os serviços de produção de refeições nos hospitais têm a atuação da área de Alimentação e Nutrição, já outros Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (EPSAN) existentes no DF não têm a atuação da área de Alimentação e Nutrição, são eles:

- Banco de alimento;
- Centrais de abastecimento (Ceasa);
- Centrais de recebimento e de distribuição de produtos da agricultura familiar (centrais) ou unidades de beneficiamento da agricultura familiar;
- Feiras ou mercados públicos;
- Restaurantes populares/comunitários;
- Restaurantes universitários;
- Serviços de produção da alimentação escolar em creches e/ou escolas; e
- Unidades Assistenciais do Sistema único de Assistência Social (SUAS) (CRAS/CRES, casas de acolhimento etc).

3.1.2 Gestão orçamentária/financeira

A área de referência técnica da Alimentação e Nutrição no DF planejava e acompanhava a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados às suas ações, assim como realizava reuniões com a área da Secretaria de Saúde responsável pela gestão orçamentária/financeira sobre os processos sob a sua responsabilidade e acompanhava processos licitatórios pertinentes.

O DF recebe incentivos e repasses financeiros do governo federal para:

- Desenvolver ações de alimentação e nutrição relativas ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, recurso que é utilizado para a compra dos suplementos de ferro e ácido fólico, conforme preconizado no Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)
- Programa Crescer Saudável;
- Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN); e
- Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Acerca desses recursos a/o respondente não informou os percentuais ou valores repassados, mas foi relatado que o valor total alocado no último ano proveniente da gestão Distrital para desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição no município foi de R\$120.253.704,18.

Apesar dos valores ou percentuais específicos não terem sido citados para cada tipo de programa ou ação o DF informou que fez a alocação dos recursos financeiros do ano anterior à pesquisa independente da fonte (Distrital, estadual ou federal), para:

- 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); e
- Alimentação hospitalar e Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Entretanto, nenhum recurso foi destinado para:

- 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, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outros);
- Aquisição de material educativo para atividades de EAN, Formação de trabalhadores da saúde em ações relacionadas à alimentação e nutrição (curso de capacitação, atualização, formação em serviço, entre outros).

Não foi informado sobre a destinação de recursos de qualquer fonte para:

- Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos;
- Estruturação de sistemas de informação (SISVAN web, e-SUS AB, sistema PBF, micronutrientes e outros); e
- 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).

3.1.3 Educação permanente

A Secretaria de Saúde incentiva (direta ou indiretamente) a educação permanente e a educação continuada para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local. Para isso são utilizadas as seguintes estratégias:

- Cursos de formação via Escola Técnica do SUS (ETSUS);
- Educação permanente (em serviço) na modalidade presencial ou semipresencial;
- Formação à distância por meio da plataforma UnaSUS (Universidade Aberta do SUS);

- Incentivo (ou facilitação) para participação em eventos de atualização técnica (oficinas, seminários); e
- Rodas de conversa ou oficinas temáticas com especialistas na área de Alimentação e Nutrição.

Porém, não se utiliza a formação à distância por meio do Telessaúde e a Formação à distância por meio da plataforma AVASUS (Universidade Aberta do SUS). O incentivo (ou facilitação) para participação em cursos de pós-graduação também não são estratégias comuns da SES.

A área de referência técnica da Alimentação e Nutrição no DF contribuiu para o planejamento e realização, da formação em serviço (educação permanente) cuja temática foi a Obesidade e/ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS). As instituições envolvidas nessas atividades de planejamento foram Secretaria de Saúde (SES-DF), Áreas temáticas do Ministério da Saúde, Instituições acadêmicas e Instituições acadêmicas conveniadas ao SUS.

Por fim, foi aferida a percepção da/do respondente sobre a formação dos gestores e dos profissionais de saúde do DF, para contribuírem em temáticas específicas.

Foi atribuída a resposta “Pouco suficiente” para:

- Capacidade de liderança e de articulação intersetorial;
- 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);
- 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;

E foi atribuída como “Suficiente”:

- Organização e gestão de Redes de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas ou Obesidade;
- Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e Doenças Crônicas Não Transmissíveis; e
- Promoção da alimentação adequada e saudável.

3.2 DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA EM SOBREPESO E OBESIDADE

Esta parte da pesquisa buscou conhecer como se dava a assistência e identificar aspectos do cuidado da obesidade, interfaces com outros programas de saúde, com outras instâncias do SUS e monitoramento do território no âmbito do SUS-DF. O diagnóstico da assistência em sobrepeso e obesidade (Q2) está organizado em 7 blocos temáticos:

- Identificação da/do Respondente
- O Território em que atuam
- A Gestão do Cuidado Com a Obesidade
- Implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
- Organização do Cuidado às Pessoas Com Sobrepeso ou Obesidade
- Instrumentos/Ferramentas de Apoio à Atenção Nutricional
- Processos de Monitoramento e Avaliação Relacionados ao Cuidado com Pessoas Com Sobrepeso ou Obesidade

3.2.1 Identificação da/do respondente

Participaram dessa parte do estudo profissionais de 65 UBS do DF, que representa 36,93% do total de unidades do território. Dos indivíduos respondentes a média de idade foi de 40,51 (DP= 8,49, mínimo = 21,95 e máximo = 63,4). A maioria (73,85%) era do sexo ou gênero feminino, 50,77% eram da cor ou raça branca e 44,62% tinham como formação básica a enfermagem e 35,38% nutrição (Tabela 1). As/os respondentes relataram tempo médio de atuação no cargo ou função de 8,03 anos (DP=6,57, mínimo = 1 e máximo = 32) (Tabela 1). Das/os respondentes, apenas 20,00% participaram de curso de formação para enfrentamento e controle da obesidade no Sistema Único de Saúde em 2019 (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das/dos respondentes.

| Variável | Categoria | Frequência absoluta | Frequência relativa |
|------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sexo/gênero | Masculino | 17 | 26,15 |
| | Feminino | 48 | 73,85 |
| Cor/raça | Branca | 33 | 50,77 |
| | Indígena | 1 | 1,54 |
| | Parda | 26 | 40,00 |
| | Preta | 5 | 7,69 |
| Formação básica | Nutrição | 23 | 35,38 |
| | Medicina | 12 | 18,46 |
| | Enfermagem | 29 | 44,62 |
| | Assistência Social | 1 | 1,54 |
| | | | |

| | | | |
|---|---|----|-------|
| | Servidor público Distrital | 2 | 3,08 |
| | Servidor público estadual | 58 | 89,23 |
| | Servidor Público Federal (concurso público) | 1 | 1,54 |
| | Outro | 4 | 6,15 |
| Participou de curso de formação no âmbito do projeto de enfrentamento e controle da obesidade no Sistema Único de Saúde em 2019? | Sim | 13 | 20,00 |
| | Não | 51 | 78,46 |
| | Não - programado 2020 | 1 | 1,54 |
| | | | |

3.2.2 O território em que atuam

Dessas unidades, 52,31% eram urbanas periféricas, 27,69% urbanas centrais e 20,00% rurais. A disposição espacial das unidades está disponível na Figura 1.

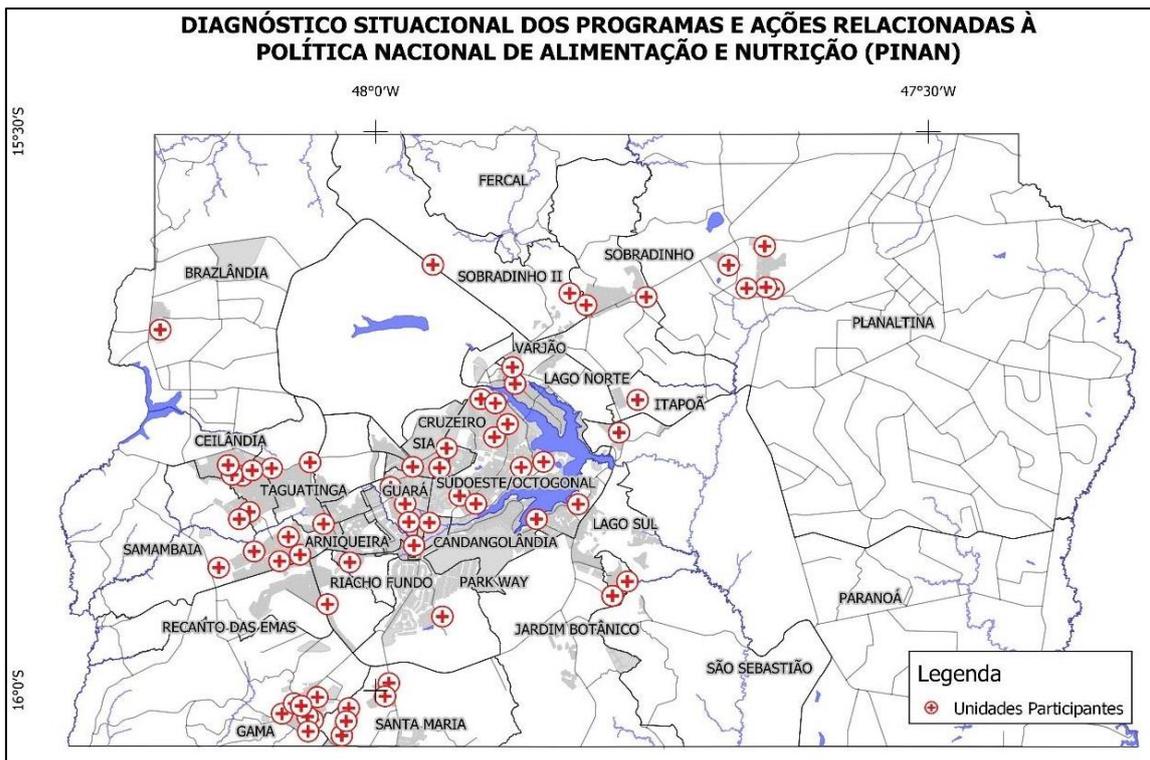


Figura 1 - Mapa da distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde que participaram do estudo. n=65

O número médio de pessoas/ usuários atendidos nessas unidades foi de 17.659,86 (DP= 32.942,79, mínimo = 0, máximo = 223.635) e de famílias de 5.427,67 (DP=14.684,16, mínimo = 0, máximo = 105.000).

Sobre o território de atuação das/dos respondentes, 26,15% relataram que no âmbito da atenção nutricional, é realizada análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território, sendo que 13,85% relataram coleta, registro e análise de dados de consumo alimentar dos usuários (SISVAN/SISAB/e-SUS); 15,38% coleta, registro e análise de dados do estado nutricional dos usuários (SISVAN/SISAB/e-SUS); 12,31% demandas observadas em visitas domiciliares; 13,85% escuta das demandas da população (diretamente com o usuário ou via Conselho Local de Saúde); e 6,15% estudo dos determinantes e condicionantes dos problemas alimentares e nutricionais no território (Figura 2).

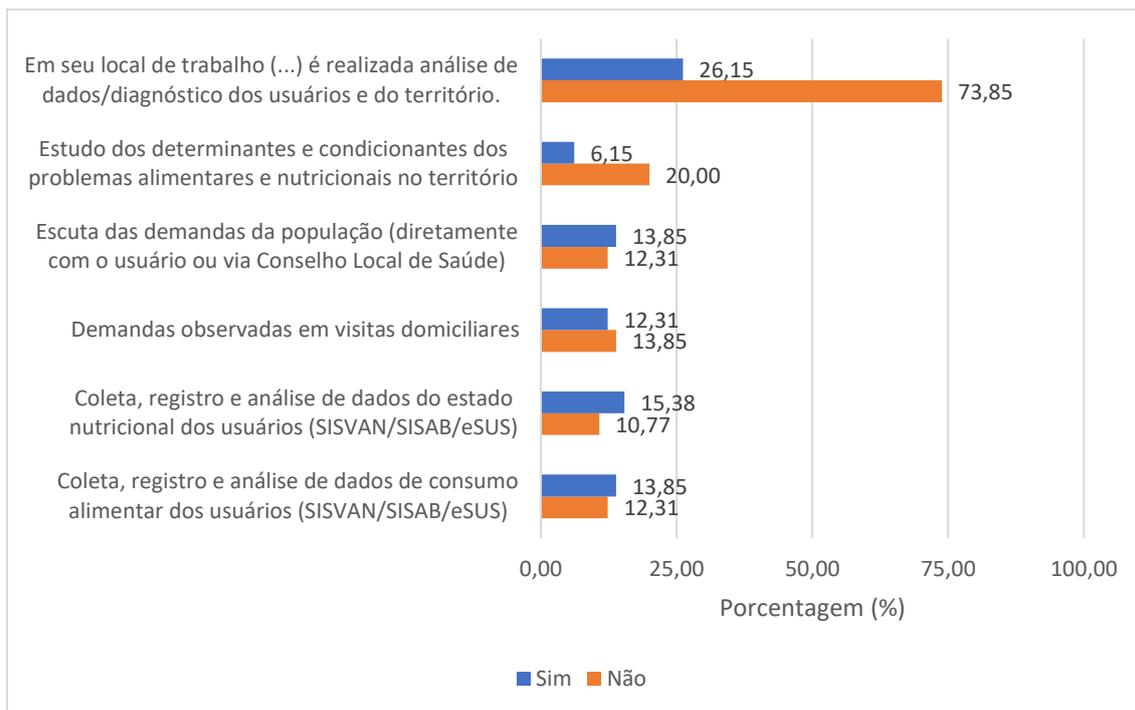


Figura 2 - Caracterização do território.

Apenas 3 unidades (4,62%) entre os entrevistados relataram que a equipe discute internamente os indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional do território e desses 2 relatam que não há frequência definida e 1% relatou que acontece anualmente. Essas equipes compartilham os dados/indicadores de vigilância alimentar e nutricional do território com atores sendo que 1 relatou que compartilha com a Coordenação da gestão de AB do município; 1 Conselho Distrital de Saúde; 3 com usuários, nos grupos de atendimento; 1 com nutricionistas da Alimentação Escolar; 5 com profissionais de saúde de outros pontos de atenção; 2 disseram não compartilhar; e 6 não possuíam esse tipo de relatório.

Mais de um terço da amostra (n = 26 e 40,00%) relatou que em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, é feito o mapeamento do território e/ou Mapa de saúde do território. A descrição de quais equipamentos sociais ou condições e vulnerabilidades são mapeadas está apresentada na Figura 3.

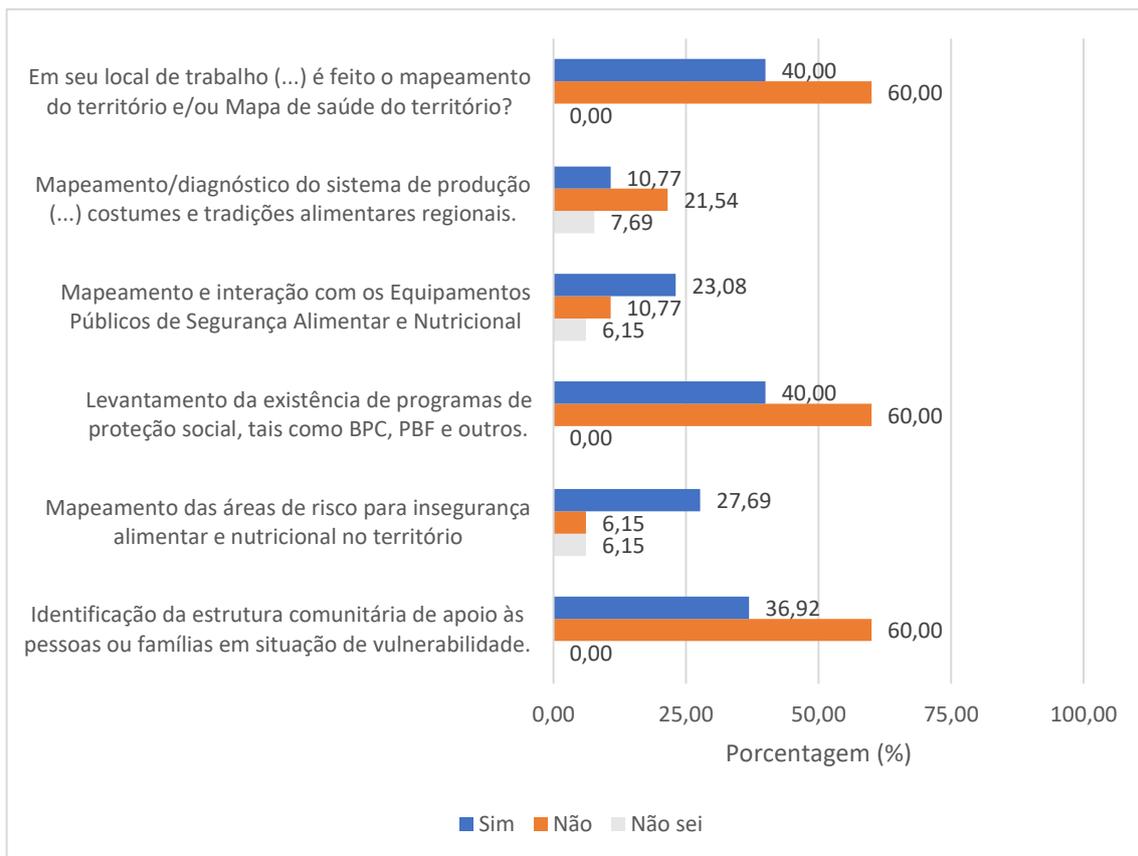


Figura 3 - Caracterização do mapeamento do território.

Cerca de metade (52,31%) das/dos respondentes relataram que no âmbito da atenção nutricional, são realizadas seleção e priorização dos problemas (discussão com equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF), discussão ampliada com equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), discussão com Conselho de Saúde, discussão com outros setores da Secretaria de Saúde). Sendo mais frequentemente realizado com a equipe interna da UBS ou com a equipe de apoio do NASF (Figura 4). Mais de 40% dos entrevistados (44,62%) relataram que existem outras estratégias de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional como se pode ver na tabela 2.

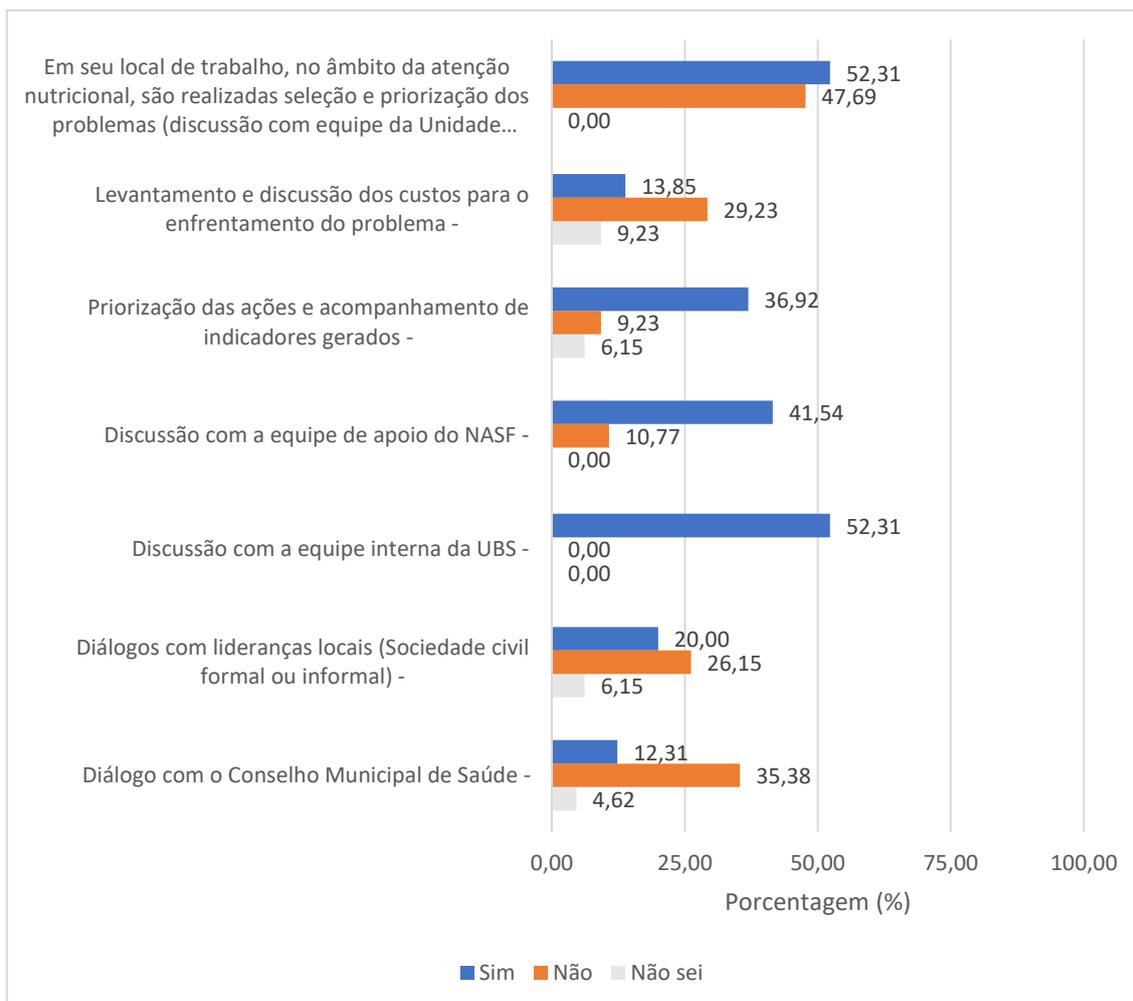


Figura 4 - Caracterização seleção e priorização dos problemas no território.

Tabela 2 - Outras estratégias e locais de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional.

| Estratégia | Frequência |
|---|------------|
| Durante atendimento individual e encaminhamentos dos profissionais | 11 |
| Visitas domiciliares | 6 |
| Grupos e oficinas/rodas de conversa na comunidade | 5 |
| Demanda espontânea do usuário | 3 |
| Escolas e do PSE – Programa de Saúde na Escola | 3 |
| Demandas feitas diretamente pela comunidade, igrejas, creches | 3 |
| Vigilância nutricional e fichas de consumo alimentar | 2 |
| Discussão de casos por meio do matriciamento com CAPS, COMPP, Ambulatório de Endocrinologia Adulto e Pediátrico | 1 |
| Demandas das Redes | 1 |

3.2.3 A gestão do cuidado com a obesidade

Quanto aos serviços da Rede de Atenção à Saúde que ofertam assistência aos usuários com sobrepeso/obesidade foi relatado mais frequentemente a Atenção especializada e Policlínicas (83,08%) e Hospitais de qualquer modalidade de gestão (75,38%). Deste modo, os serviços da Rede de Atenção à Saúde que ofertam assistência aos usuários com sobrepeso/obesidade foram apresentados na Figura 5. Foram citados ainda em pergunta aberta o CEDOH (Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão) que é um centro de atenção secundária e referência especializada para usuários residentes e domiciliados na Região Central de Saúde do DF e foi mencionado também Grupos da Linha e Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO).

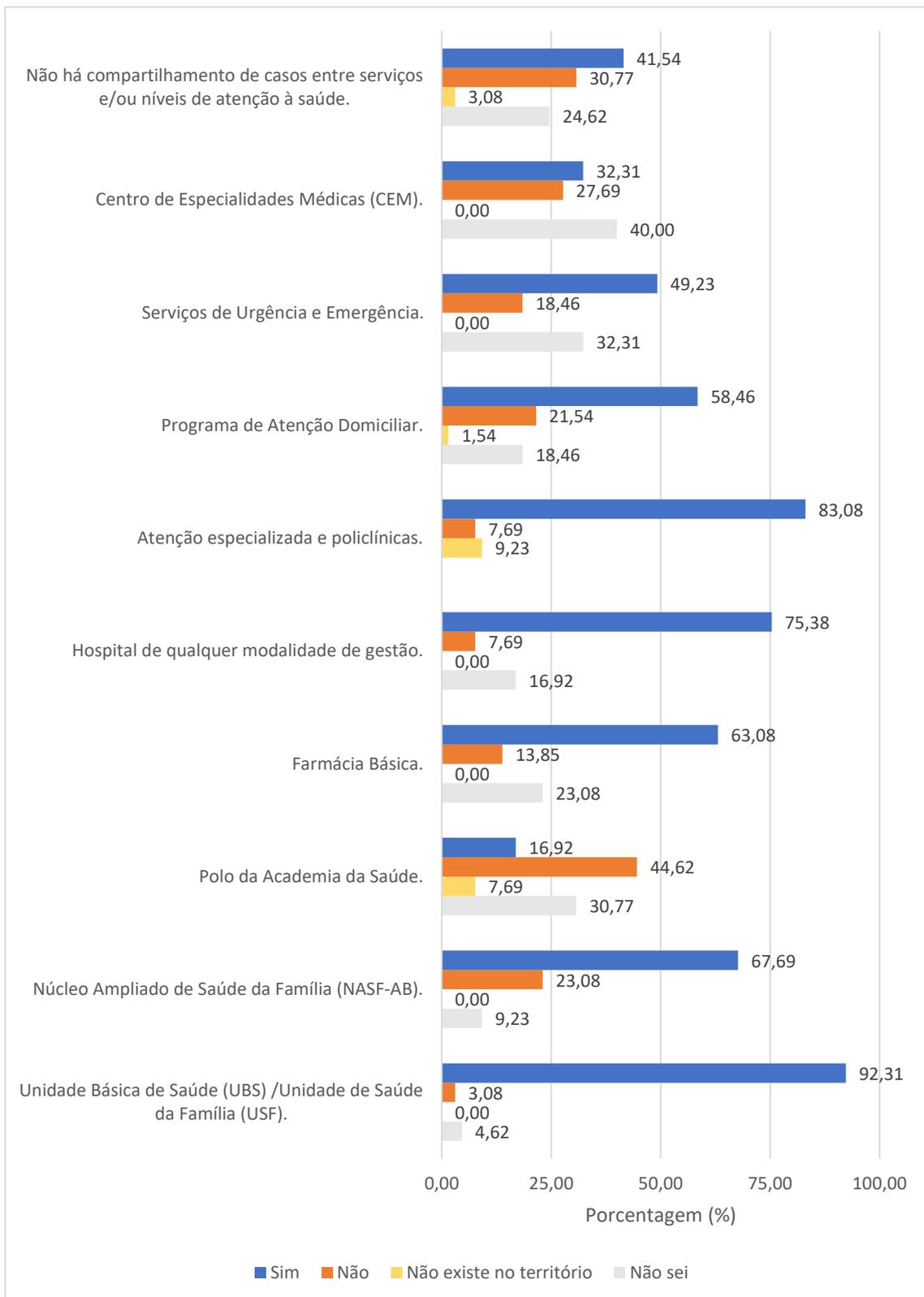


Figura 5- Caracterização dos serviços que oferecem assistência a usuários com sobrepeso/obesidade no território.

As estratégias utilizadas para organização e coordenação do cuidado aos usuários com sobrepeso/obesidade no território mais citadas foram Uso de protocolos de encaminhamento da atenção primária para a Atenção Especializada e Unidade/central de Regulação, ambas com 84,62%, e a menos frequente a Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCSO) regional, com 36,92% dos entrevistados relatando seu uso. A Figura 6 ilustra a caracterização das estratégias utilizadas para organização e coordenação do cuidado aos usuários com sobrepeso/obesidade.

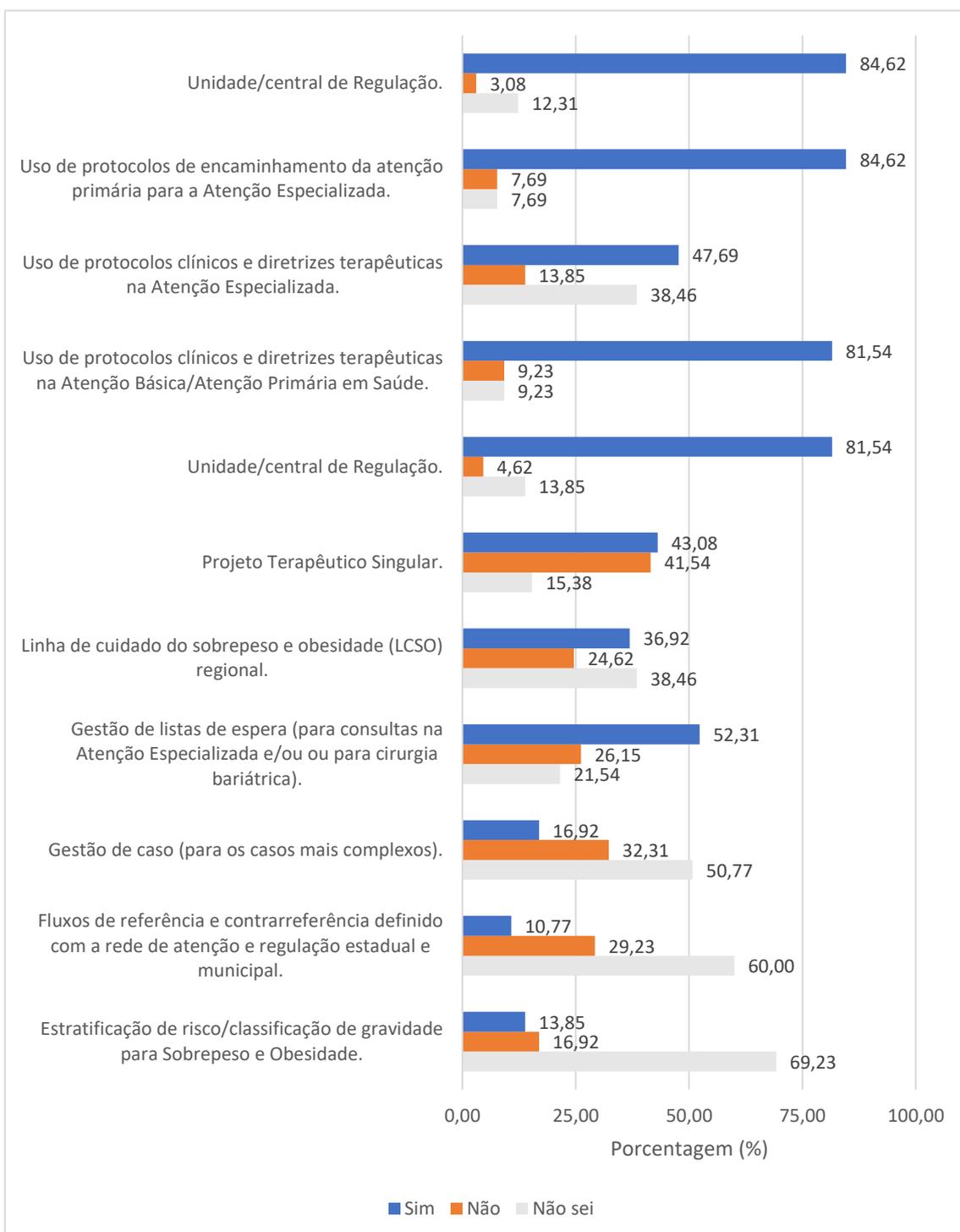


Figura 6 - Caracterização estratégias utilizadas para organização e coordenação do cuidado aos usuários com sobrepeso/obesidade no território.

Neste sentido, foram individualizados 3 critérios de corte, sendo eles: Obesidade Grave, em quaisquer condições ou classificação; IMC > de 30kg/m² e com comorbidades descompensadas (DM, HAS) e/ou com sequelas; e IMC de 40

Kg/m², com ou sem comorbidades - até IMC ≥ de 50 kg/m². A frequência dos critérios de corte utilizados está apresentada na Figura 7.

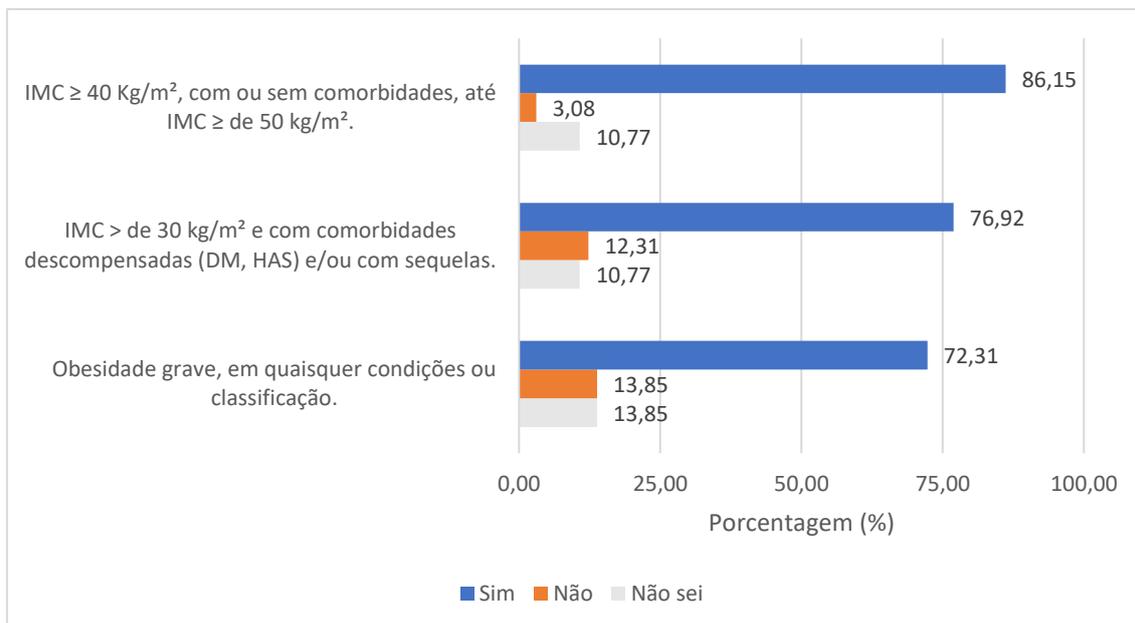


Figura 7 - Caracterização critérios de corte utilizados no território.

Acerca de como o cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade está organizado no DF, 70,77% das/dos respondentes disseram que ocorre articulação com outros pontos da atenção para o cuidado individual, como atenção especializada em nível ambulatorial e/ou hospitalar; 69,23% relataram que há discussão de caso com equipe e/ou compartilhamento do cuidado individual com outros profissionais na UBS; 49,23% que há encaminhamento para ações em grupo relacionadas aos cuidados para pessoas com sobrepeso/obesidade na UBS/USF e/ou polos de Academia da Saúde ou similares; e 53,85% que há encaminhamento para outras ações em pontos de ações intersetoriais. A Figura 8 apresenta os resultados relacionados ao cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade no território pesquisado.

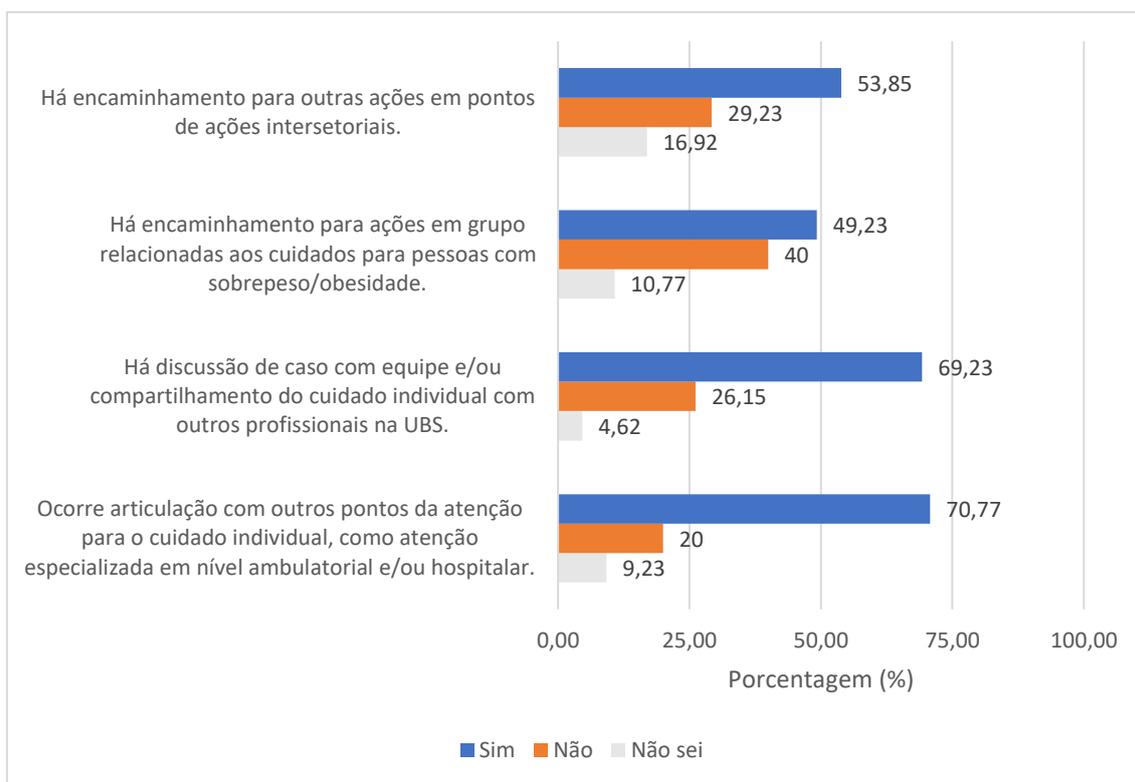


Figura 8 - Caracterização da organização do cuidado com indivíduos com sobrepeso/obesidade no território.

As principais estratégias de tratamento do sobrepeso/obesidade realizadas no DF relatadas foram: Cuidado Nutricional (84,62%); Diagnóstico precoce, a partir do acompanhamento nutricional, exames clínicos e laboratoriais (70,77%); Abordagem familiar (envolvimento da família e cuidadores no tratamento) (69,23%); Tratamento Medicamentoso (69,23%); Promoção da Atividade Física (63,08%); Oferta de práticas integrativas e complementares de saúde (60,00%); Cuidado psicológico (55,38%); Tratamento cirúrgico (55,38%); e Grupos de ajuda mútua (troca de experiências entre usuários com obesidade) (27,69%) (Figura 9). E as principais ações utilizadas para garantir a continuidade do cuidado aos usuários com sobrepeso/obesidade citadas foram: Participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos (55,38%); Confirmação de consulta (por telefone, por mensagem ou por comunicado do Agente Comunitário de Saúde) (52,31%); Busca ativa de faltosos (33,85%); Disponibilização de cronograma fixo de atendimento aos usuários (35,38%); e Atendimento do usuário em horários estendidos (21,54%) (Figura 9).

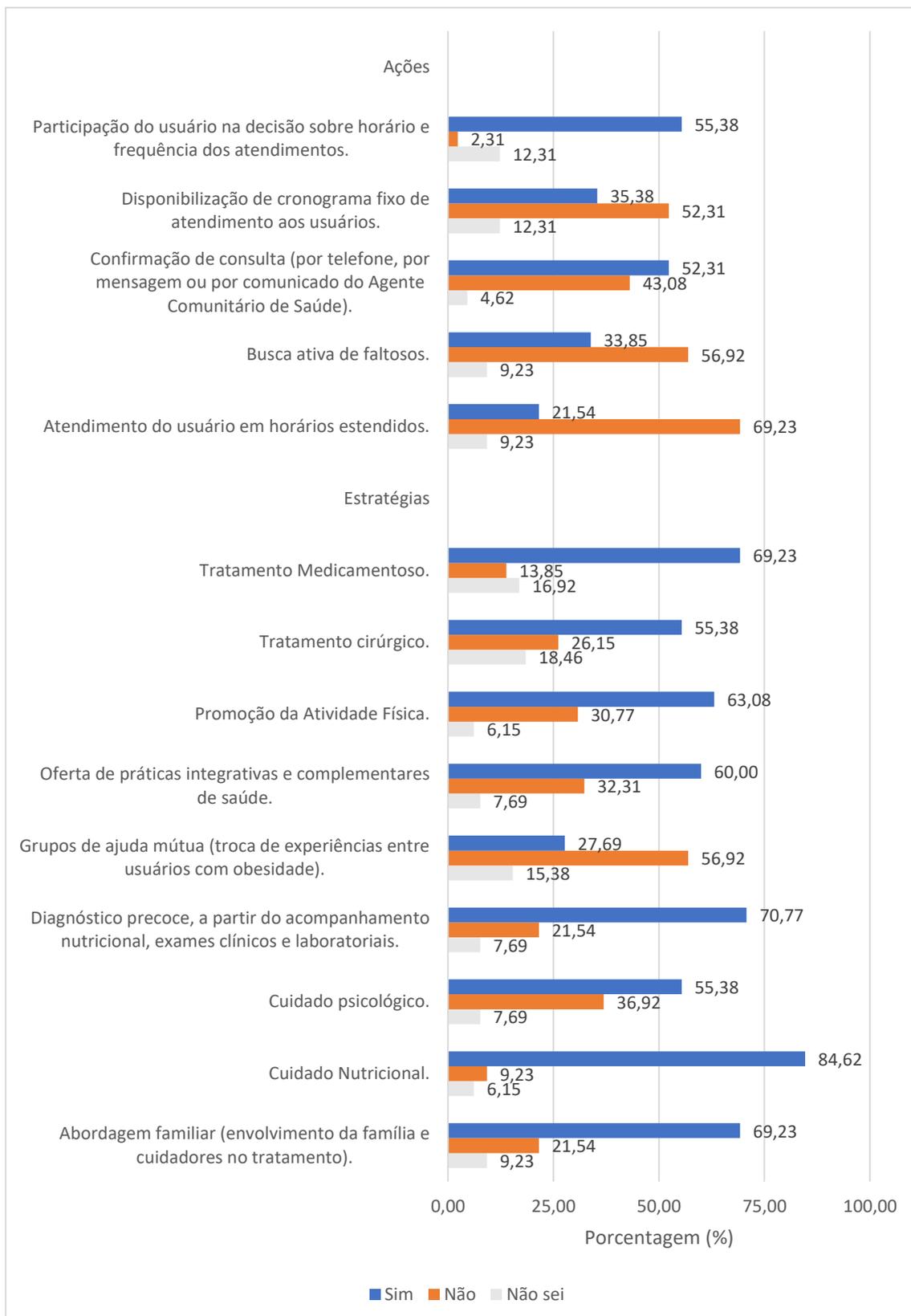


Figura 9 - Caracterização das ações e estratégias para garantir a continuidade do tratamento de indivíduos e estratégias de tratamento e com sobrepeso/obesidade no território.

Dentre os recursos repassados pelo Ministério da Saúde e oriundos do Tesouro Federal-DF os três mais frequentemente relatados como utilizados para a organização do cuidado na Atenção Primária em Saúde com direcionamento para a atenção a pessoa com sobrepeso e obesidade: Programa Saúde na Escola (PSE) (32,31%); Piso de Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (16,92%); e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (PMAQ) (13,85%). A Figura 10 ilustra os recursos repassados pelo Ministério da Saúde e oriundos do Tesouro Distrital, que são utilizados para a organização do cuidado na Atenção Primária em Saúde com direcionamento para a atenção a pessoa com sobrepeso e obesidade.

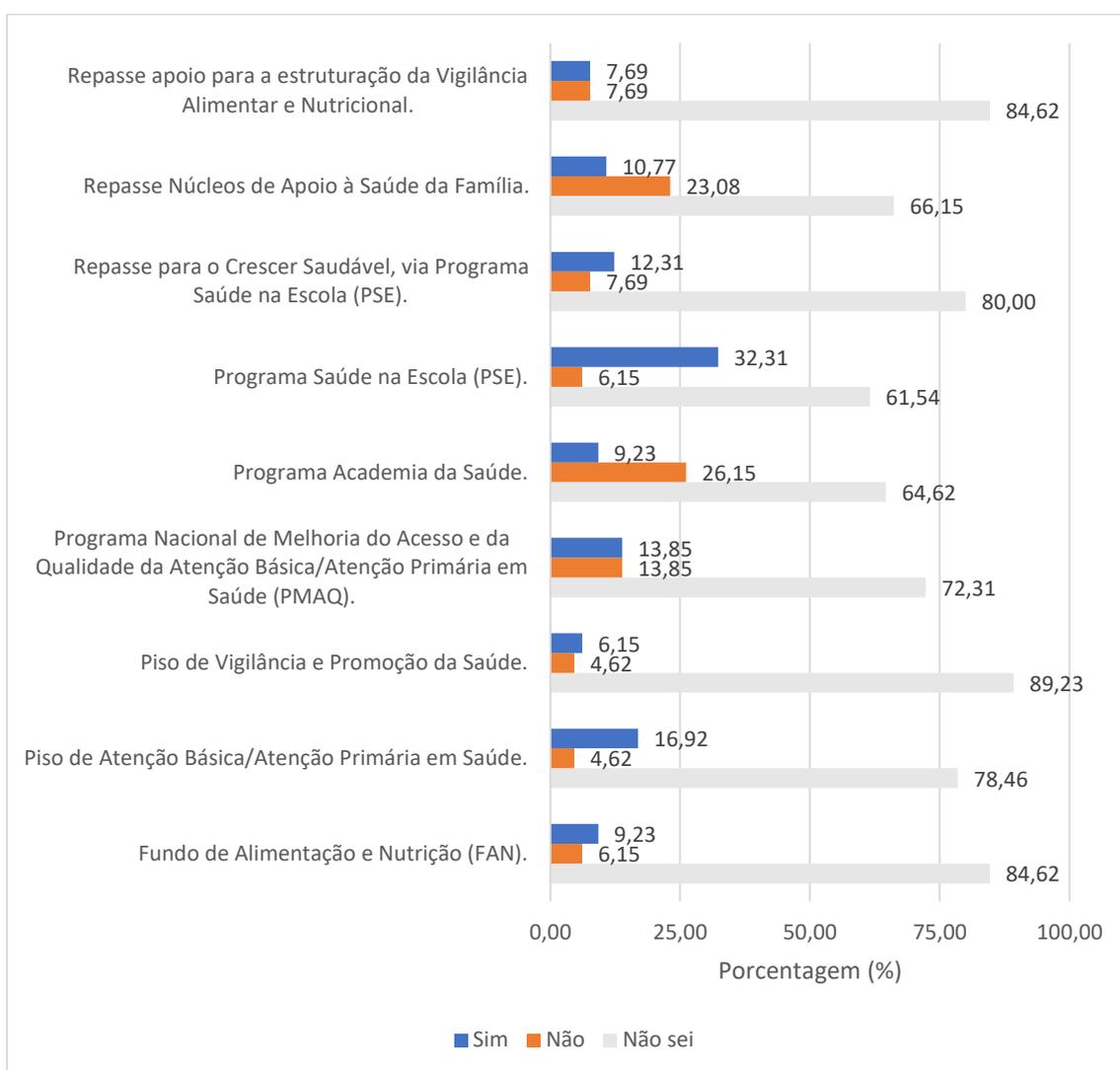


Figura 10 - Caracterização dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde e oriundos do Tesouro Federal utilizados para a organização do cuidado na Atenção Primária em Saúde com direcionamento para a atenção de indivíduos com sobrepeso/o.

3.2.4 Implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade

Trinta e um respondentes (47,69%) relataram que o DF contava com um plano distrital de organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade. Desses, 11 (16,92%), relataram que para a elaboração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade foi realizado diagnóstico epidemiológico para identificação da demanda, análise da capacidade instalada de serviços e ações, sendo que especificamente foi relatado a previsão de Monitoramento da implantação da LCSO (cronograma e indicadores de acompanhamento) por 15,38%, Monitoramento da referência e contrarreferência por 24,62%; organização das ações esperadas em cada ponto de atenção na prevenção e no tratamento do sobrepeso e da obesidade por 33,85%; pactuação dos fluxos assistenciais entre serviços por 40,00%; Protocolo de encaminhamento da Atenção Primária de Saúde para a Especializada por 73,85%; e Regulação para o acesso à Atenção Especializada por 78,46% (Figura 11).

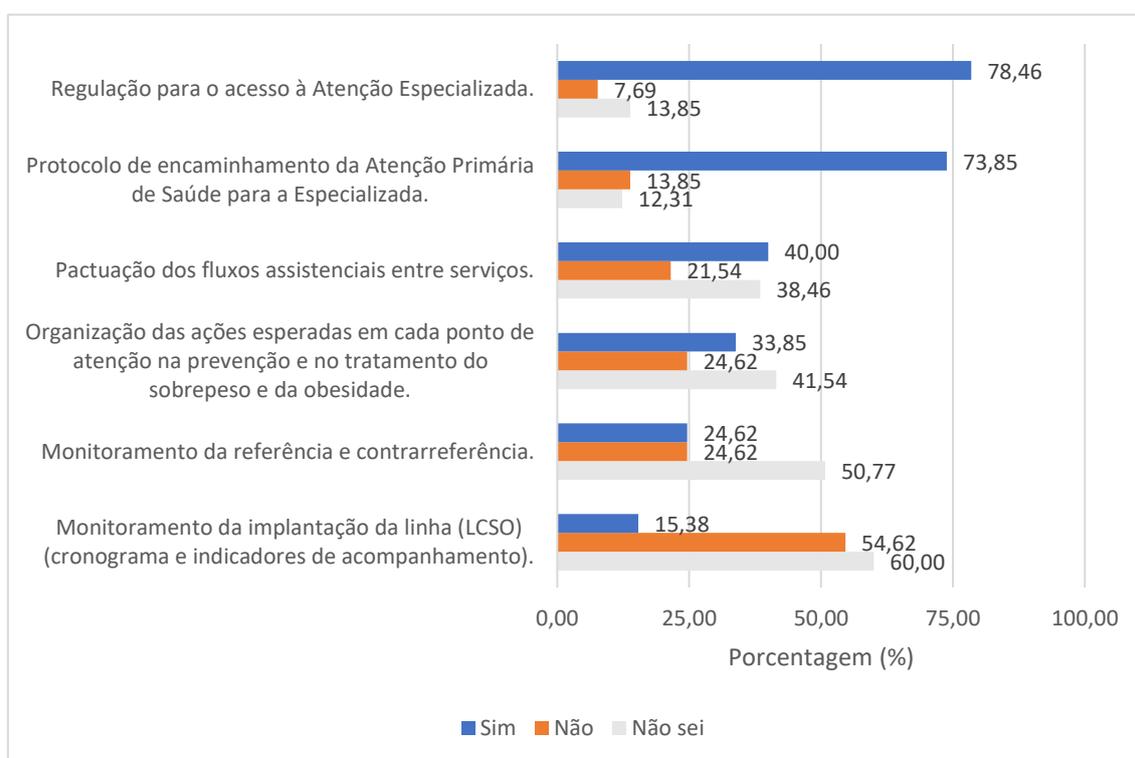


Figura 11 - Caracterização dos mecanismos para estruturação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) no território.

Sobre a existência de Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) organizada na Região de Saúde do respondente, 32,31% responderam que sim e 12,31% disseram que existia um gestor/coordenador responsável pela organização dessa linha de cuidado.

Acerca das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) adotadas no cuidado das pessoas com sobrepeso/obesidade 87,69% relataram Aferição do peso e da altura e cálculo de IMC (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e-SUS); 27,69% Avaliação da composição corporal com adipômetro e/ou medidas das circunferências corporais; 9,23% Avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância; 41,54% Avaliação do consumo alimentar (SISVAN e-SUS); e 73,85% Diagnóstico precoce, a partir do acompanhamento nutricional, exames clínicos e laboratoriais. A Figura 12 apresenta os resultados das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) que foram descritas pelas/os respondentes.

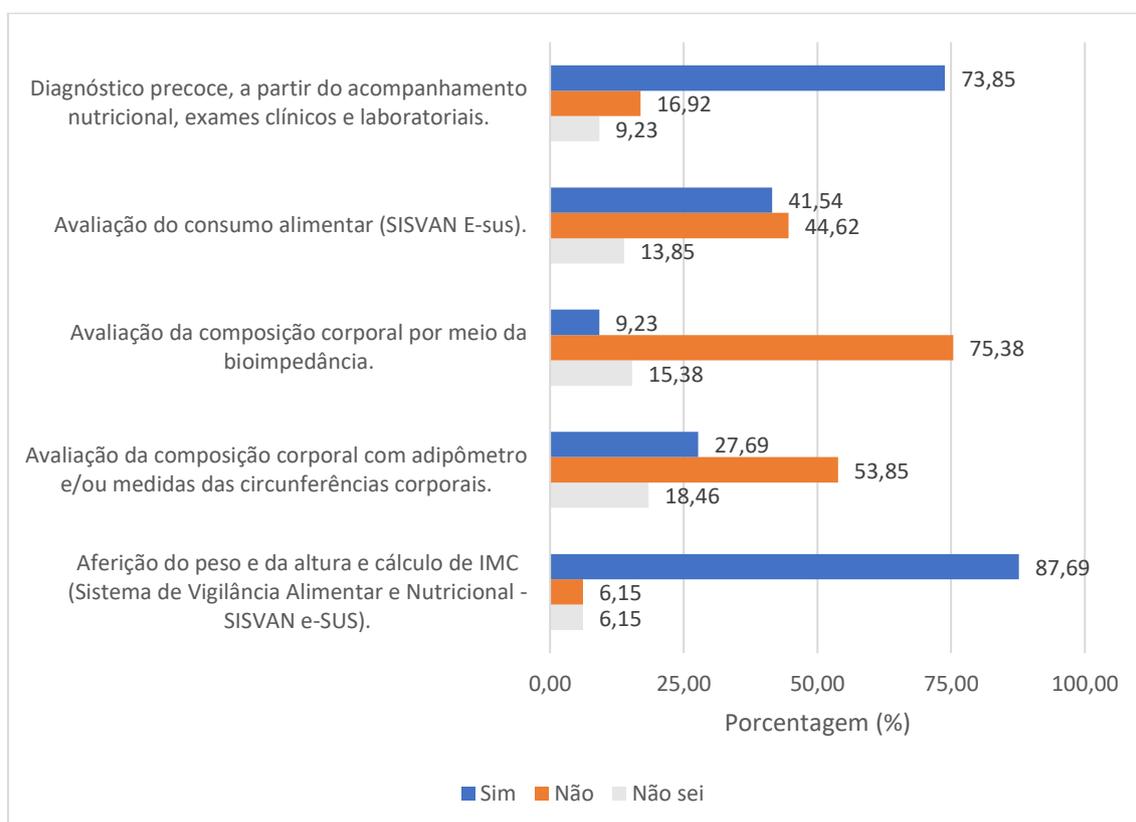


Figura 12 - Caracterização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) adotadas no cuidado indivíduos com sobrepeso/obesidade no território.

Quase 80% das/dos respondentes informaram que usuários com sobrepeso e obesidade atendidos na UBS têm acesso regular aos exames de quaisquer tipos solicitados pela equipe de saúde e 61,54% responderam que a UBS/USF conta com Sistemas de Apoio para exames complementares também de quaisquer tipos ao diagnóstico e tratamento da pessoa com obesidade (Figura 13).

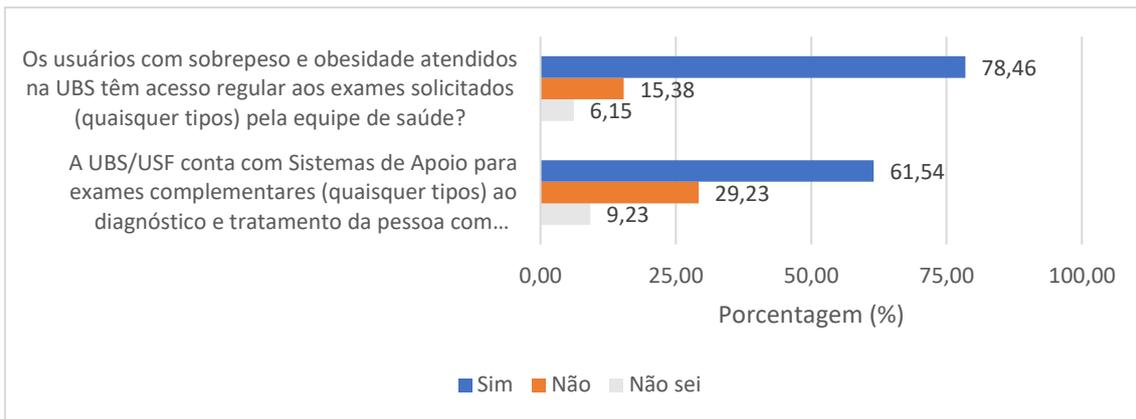


Figura 13. Caracterização dos acessos a exames e diagnóstico por Sistemas de Apoio para exames destinados aos usuários com sobrepeso e obesidade.

Já em relação aos usuários com indicação de cirurgia bariátrica, as ações mais frequentes desenvolvidas pelas equipes da UBS/USF que foram relatadas foram que a equipe faz a referência, incluindo parecer e resultados de exame, para a atenção especializada (89,23%) e que a equipe faz indicação para o usuário buscar serviço especializado (80,00%) e a menos frequentemente citada foi que a equipe realiza ações intra e intersetoriais que propiciem o desenvolvimento integral das ações da LCSO (33,85%) (Figura 14).

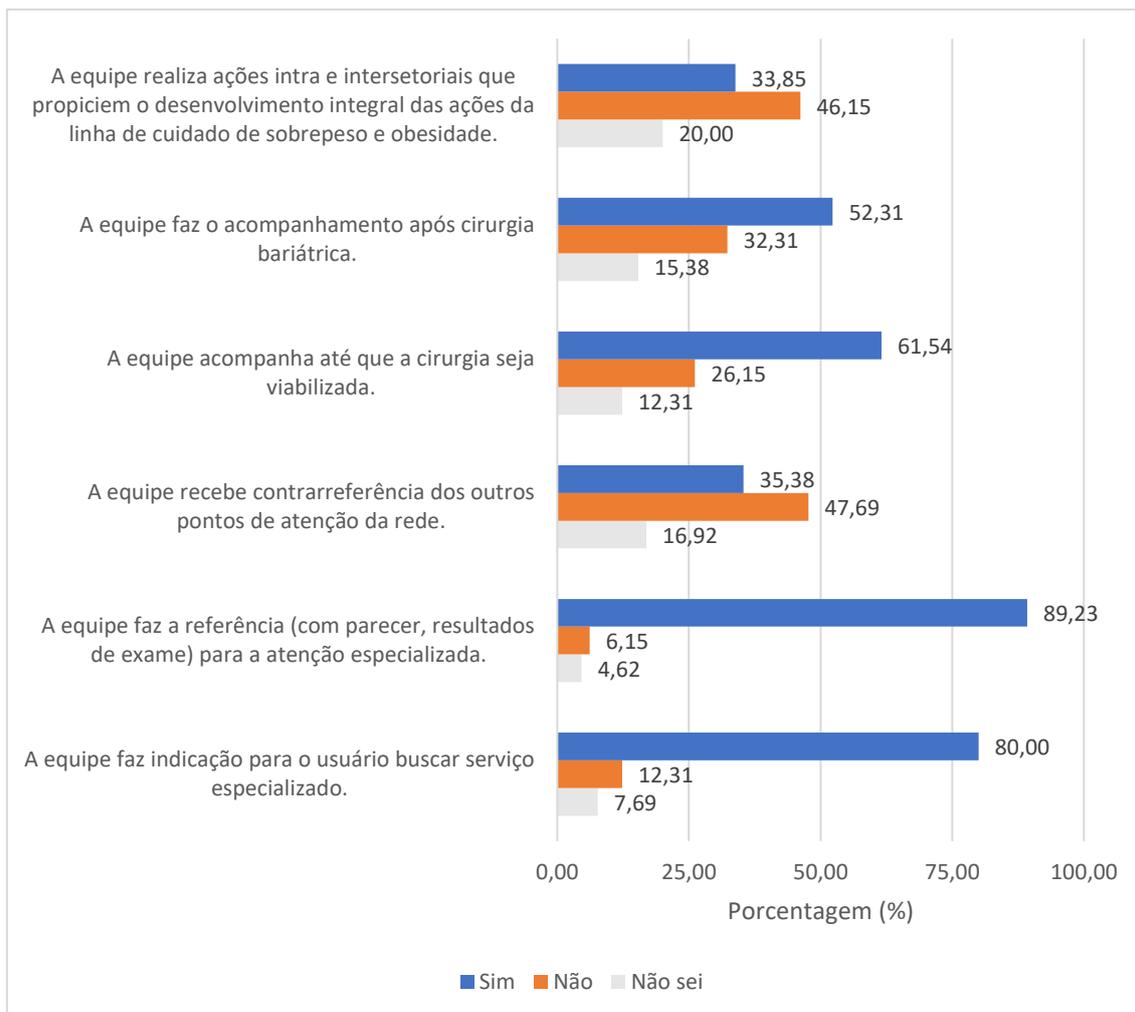


Figura 14 - Caracterização das ações desenvolvidas pelas equipes para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica.

Pouco mais de um em cada cinco respondentes (21,54%) relataram que em sua unidade há lista de espera monitorada para usuários com indicação de cirurgia bariátrica. E nessas unidades o mais frequente é fazer o acompanhamento da lista de espera via sistema informatizado (16,92%).

Quanto ao acesso a medicamentos pelos pacientes de cirurgia bariátrica, 23,08% dos profissionais relataram que ele acontece pré e pós cirurgia bariátrica; 3,08% apenas pré cirurgia bariátrica e 10,77% que ocorre apenas pós cirurgia bariátrica. Sobre os tipos de suplementos fornecidos, 24,62% dos profissionais afirmaram que esses suplementos são proteicos e 15,38% polivitamínicos. Foi citado ainda, em campo aberto (outros) o óleo de linhaça.

A Figura 15 ilustra a disponibilidade de infraestrutura, mobiliário e equipamentos adequados para os cuidados da pessoa com sobrepeso e obesidade, e que estão em boas condições de uso e em quantidades suficientes. Os menos frequentes foram barras de segurança e macas para transferência e os mais

citados foram acessibilidade com largura das portas, corredores e rampas que permitam o livre trânsito dos usuários e aparelhos de pressão com manguito especial (Figura 15).

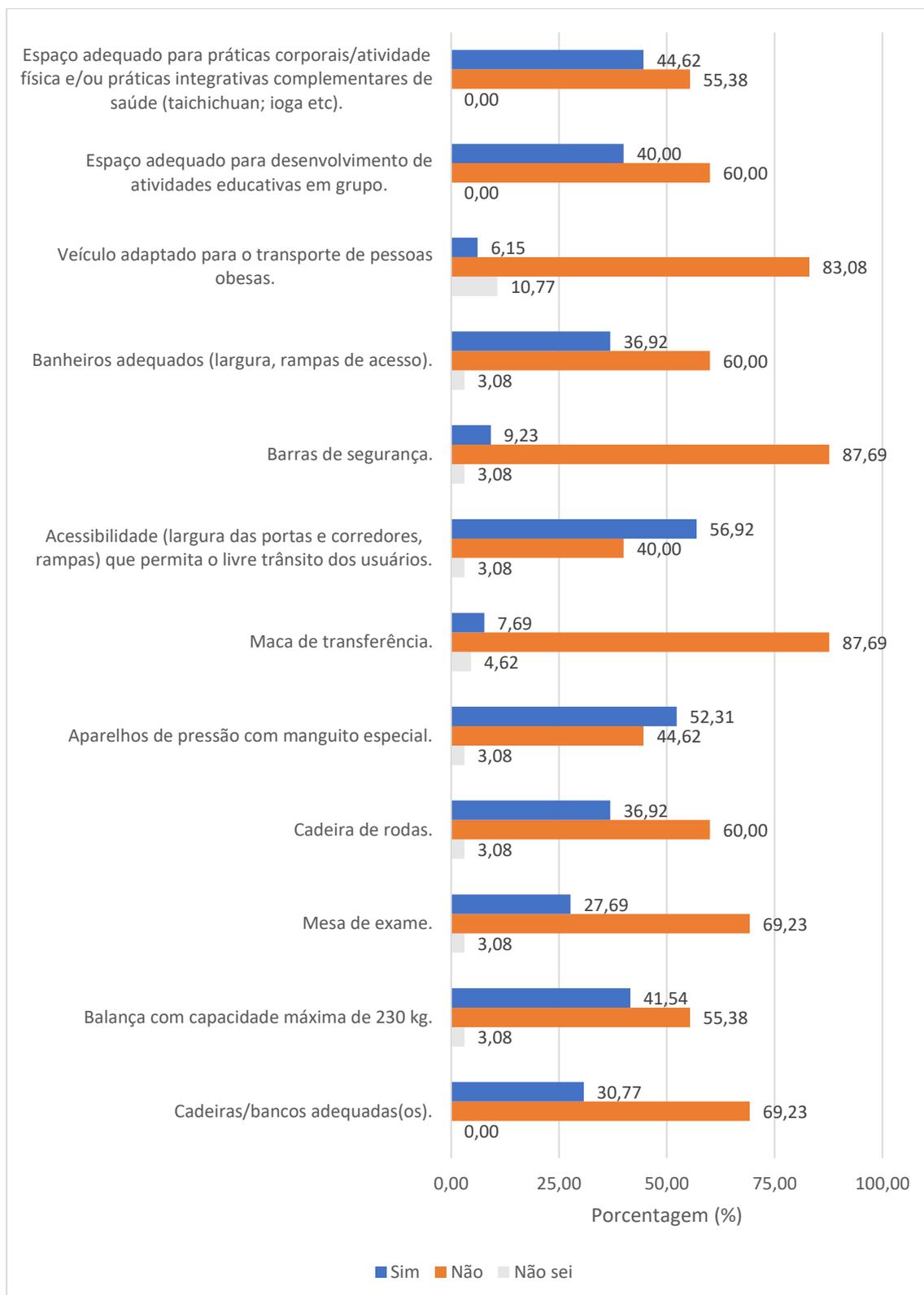


Figura 15 - Caracterização da infraestrutura, mobiliário e equipamentos para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade na unidade de saúde.

Foi coletada a opinião das/dos respondentes sobre quais são os pontos críticos a serem melhorados para implementação do cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade no DF. A tabela 3 ilustra os pontos críticos mais apontados as respostas transcritas a seguir resumem as principais opiniões emitidas.

“Número adequado de servidores capacitados com a temática. Por exemplo, número adequado de equipes NASF-AB; Rede de atenção fragilizada, pois não temos Especialistas para compor equipes; A retaguarda da atenção especializada não contempla a grande demanda; Exames que são necessários e não estão disponíveis (exemplo: falta de reagente para dosar uma hemoglobina glicada); capacitação dos servidores; ampliação da rede; ações intersetoriais”

Interessante salientar que a LCSO foi mencionada por diversas/os respondentes, sempre no sentido que já a conhecem, mas que falta uma implementação mais efetiva.

“A linha de cuidado está bem definida. Acredito que ainda temos que realizar melhorias em infraestrutura física, conscientização de mais profissionais de saúde das UBS.”

Tabela 3 - Pontos críticos a serem melhorados para implementação do cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade no DF.

| Pontos críticos | Frequência |
|--|-------------------|
| Adaptações no espaço físico, mobiliário e equipamentos adequados à pessoa com obesidade | 20 |
| Melhorar a gestão com a estruturação, estabelecimentos de fluxos e pactuações intra e intersetoriais | 17 |
| Educação permanente da equipe multiprofissional | 14 |
| Recursos humanos para complementar a equipe multiprofissional, tais como professor de educação física, psicólogo e nutricionista | 12 |
| Necessidade de ampliar os NASFs e a referência de especialidades | 10 |
| Implementação efetiva da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade | 8 |

3.2.5 Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e/ou obesidade

Atendimento individual

Aproximadamente 85% dos entrevistados disseram que existe na unidade de saúde onde atua atendimento individual relacionado ao sobrepeso/obesidade. A figura 16 ilustra quais públicos apresentam a maior demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento individual relacionadas ao sobrepeso/obesidade.

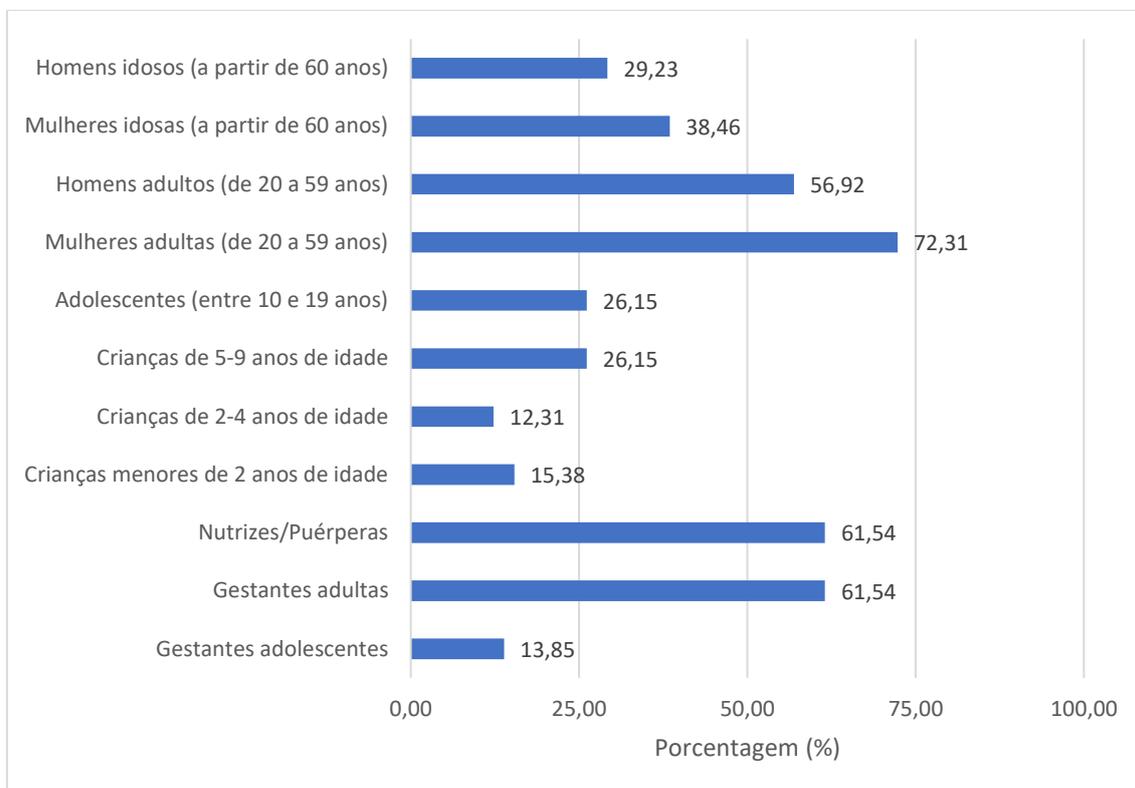


Figura 16 - Caracterização do público com demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento individual relacionadas ao sobrepeso/obesidade.

A figura 17 ilustra quais são as formas de captação desses usuários na unidade de saúde, considerando o atendimento individual de pessoas com sobrepeso/obesidade em qualquer fase do curso da vida. A grande maioria dos profissionais relata que os usuários com sobrepeso e obesidade vem por demanda espontânea e apenas 30,77% relatam que há na unidade uma busca ativa por esse público (Figura 17).

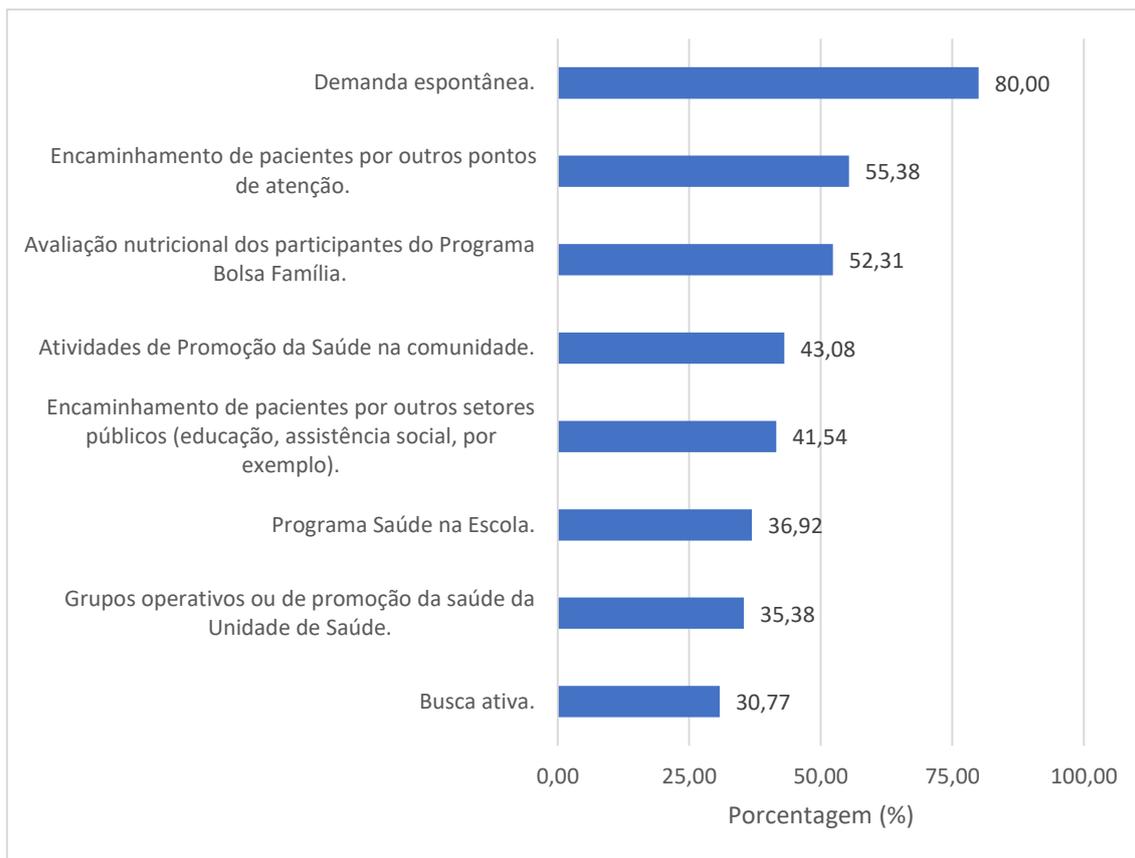


Figura 17 - Caracterização das formas de captação de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento individual nas unidades de saúde.

Outras formas mencionadas para captação de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento individual nas unidades de saúde foram: Campanha de vacinação contra COVID-19, as equipes identificam as demandas e discutem no matriciamento com equipe NASF e no acolhimento de usuários do sistema prisional.

Já a figura 18 apresenta as atividades que são realizadas nas unidades de saúde no cuidado individual de pessoas com sobrepeso/obesidade, destacando-se como mais frequentemente realizadas as orientações para promoção da saúde em geral incluindo, qualidade do sono, controle da pressão arterial, da glicemia, do tabagismo, da atividade física, práticas corporais, e alimentares, assim como a escuta ativa dos usuários.



Figura 18 - Caracterização das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde.

Acerca da frequência das estratégias utilizadas nas atividades individuais de pessoas com sobrepeso/obesidade, é possível verificar pelas respostas dos

profissionais que elas ocorrem sem padronização de intervalos de tempo e que mesmo quando o profissional de saúde está disponível o atendimento pode não ocorrer, como é o caso do atendimento com profissional médico (Figura 19). Ainda foi mencionado em campo aberto: atendimento com enfermagem, com farmacêutica e, conforme necessidade, acompanhamento com técnico de enfermagem.

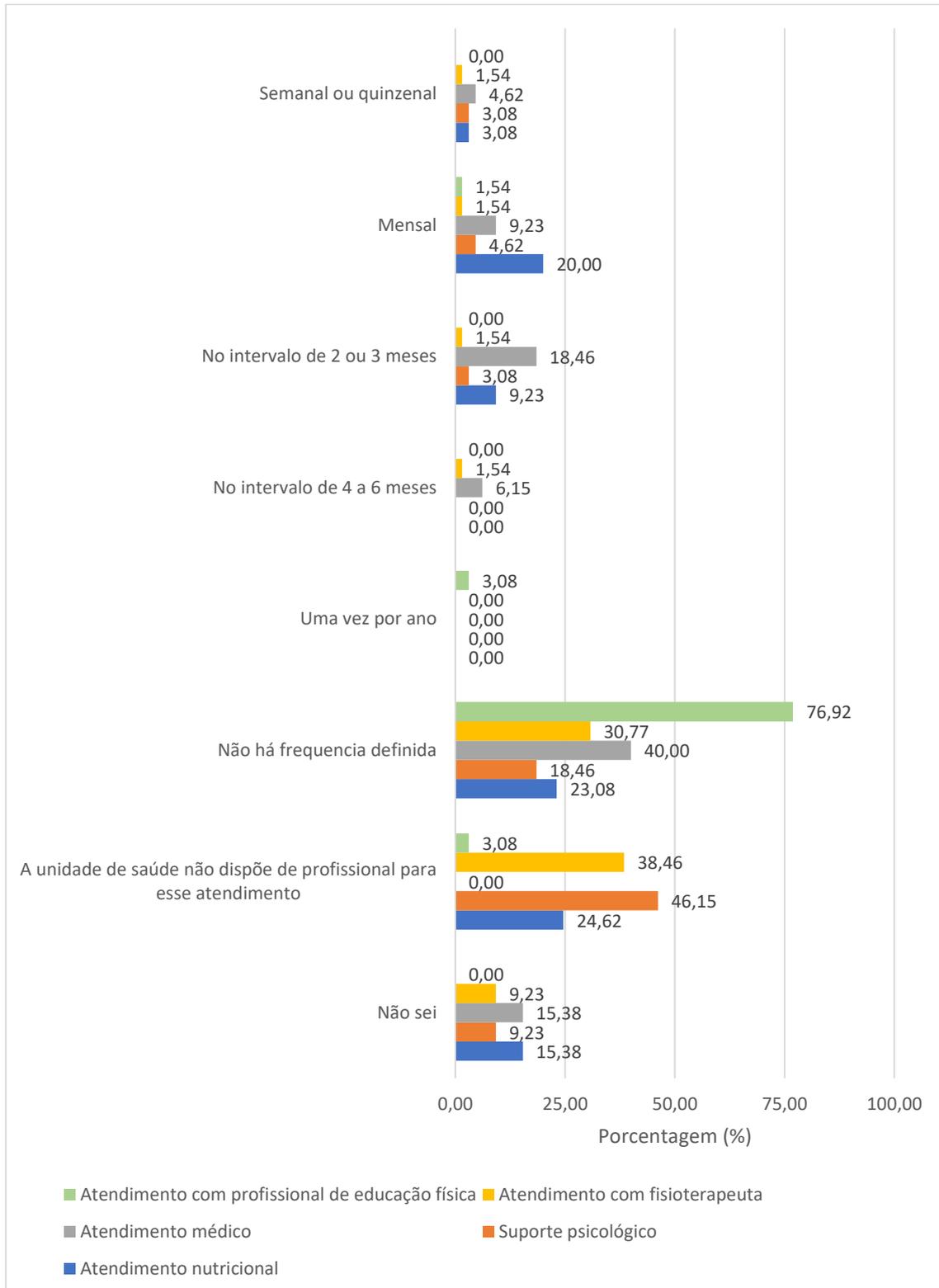


Figura 19 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde.

Quanto às orientações alimentares/prescrições dietéticas realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde foi reportada adesão mais alta frequentemente em adultos em geral (homens 46,15% e mulheres 47,69%) e mais baixa adesão entre adolescentes (Figura 20).

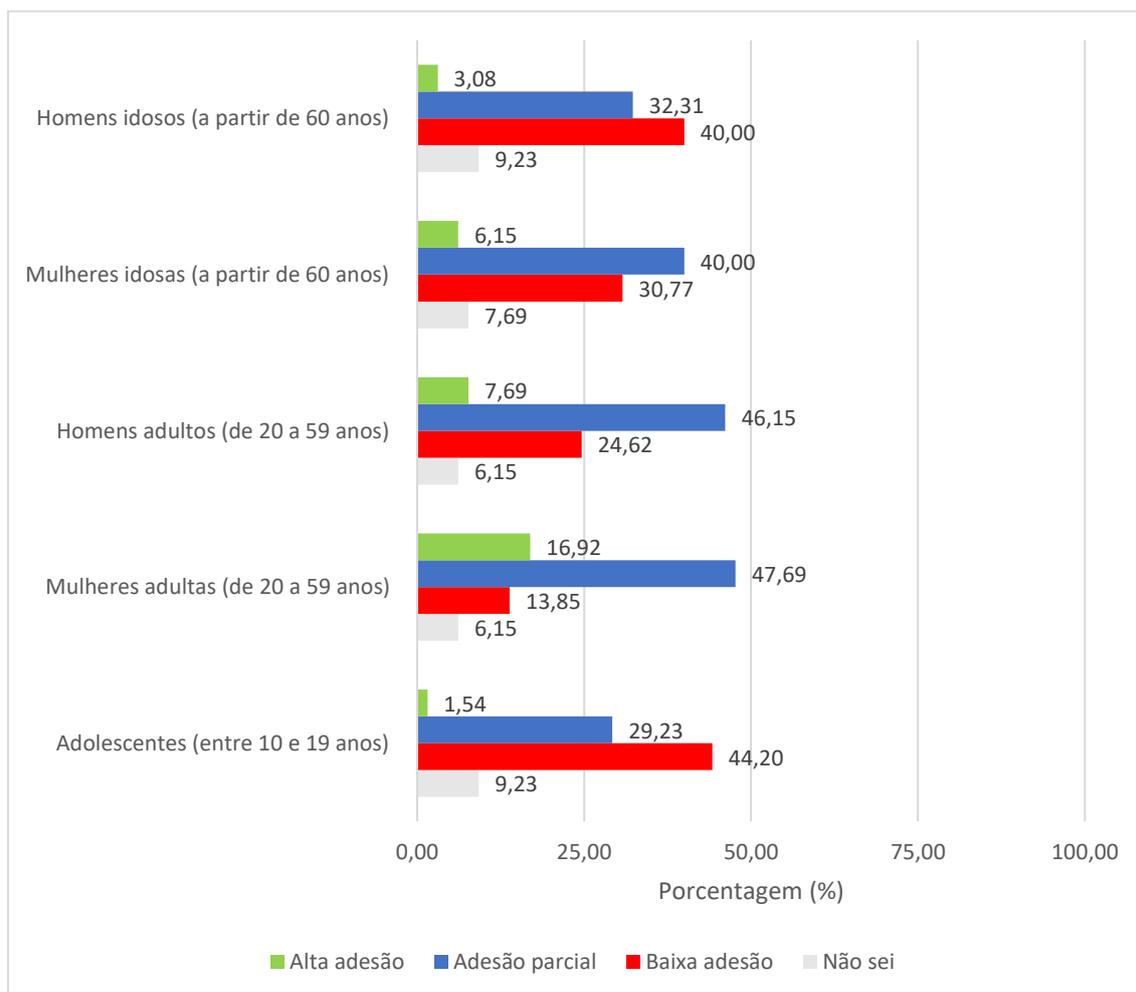


Figura 20 - Caracterização da adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietéticas realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento individual nas unidades de saúde.

Visando aprofundar a caracterização da adesão ao atendimento individual foi feita a seguinte pergunta aberta:

Na sua percepção, quais são os prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietética?

As respostas foram analisadas e sistematizadas em 3 grupos, de acordo com a natureza do motivo apresentado e estão descritas na tabela 4. Verifica-se que a maioria das citações atribuem a responsabilidade pela baixa adesão ao cuidado individual a aspectos relacionados ao usuário, seguido por fatores externos e conjunturais como pobreza, desemprego e custo dos alimentos e por último, fatores relacionados às dificuldades/limitações dos serviços de saúde.

Quanto aos fatores relacionados ao usuário a “dificuldade de mudança de hábitos” foi a causa mais citada, seguida de “falta de motivação”. Observa que este grupo de respostas reforça a visão da obesidade como um fenômeno individual, que tende a responsabilizar o usuário pela sua obesidade e, por consequência, a baixa adesão ao tratamento. Há uma particularidade nas respostas que chama a atenção que é a narrativa da “falta de”, como se o problema fosse a negligência por parte do usuário e que a ele sempre “falta alguma coisa” como exemplo:

“Falta de motivação”
“Falta de disciplina e autocuidado, preguiça”
“Falta de tempo, planejamento”
“Falta de perseverança”
“Falta de conhecimento”

Quanto aos fatores externos aos usuários a causa mais frequente foi relacionada ao agrupamento de respostas relacionado à pobreza, dificuldades financeiras, desemprego e custos dos alimentos.

Quanto aos fatores relacionados aos serviços de saúde as respostas relacionam-se a pontos críticos já bem documentados, sendo os mais frequentes as dificuldades e limitações gerais das unidades, várias menções à falta do acompanhamento psicológico integrado ao cuidado e falta de profissionais para a equipe multiprofissional. Citam ainda a questão da alta demanda e a incapacidade de atendê-la, a complexidade das ações necessárias para a oferta do cuidado ao usuário obeso.

| Fatores | Frequência |
|---|-------------------|
| Relacionados ao usuário | |
| 1. Dificuldade de mudança de hábitos (não saudáveis) e estilo de vida | 14 |
| 2. Falta de motivação | 4 |
| 3. Falta de disciplina e autocuidado, preguiça | 3 |
| 4. Fácil acesso à comida industrializada | 3 |
| 5. Falta de tempo, planejamento | 2 |
| 6. Sedentarismo | 1 |
| 7. Depende de uma decisão individual | 1 |

| | |
|---|----|
| 8. Falta de perseverança | 1 |
| 9. Falta de conhecimento | 1 |
| 10. Falta de interesse | 1 |
| 11. Baixa autoestima | 1 |
| 12. Negação do problema | 1 |
| Externos ao usuário | |
| 1. Pobreza, dificuldades financeiras, desemprego, custo alto da alimentação | 18 |
| 2. A falta de cuidados de terceiros (responsáveis que cuidam deles) | 2 |
| 3. A pandemia afastou usuários dos serviços de saúde para outras causas | 1 |
| 4. Distância (longas) da casa do usuário até a unidade de saúde | 1 |
| 5. Nível de escolaridade | 1 |
| Relacionados aos serviços de saúde | |
| 1. Dificuldades e limitações dos serviços de saúde | 6 |
| 2. Falta e acompanhamento psicológico integrado ao tratamento | 5 |
| 3. Falta de equipe multiprofissional no cuidado, profissionais especializados e grupos de apoio | 4 |
| 4. Falta de reconhecimento da obesidade como doença | 1 |
| 5. Alta demanda e unidade de saúde está preparada para acompanhamento regular | 1 |
| 6. Complexidade das modificações necessárias para o atendimento | 1 |
| 7. Falta de uma linha de cuidados que funcione de fato | 1 |

Tabela 4 - Prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietética.

Abordagem familiar

Em 70,77% das unidades avaliadas existia atendimento com abordagem familiar para usuários com sobrepeso/obesidade. Em ordem decrescente os relatos foram: entrevista familiar na unidade ou por telefone (46,15%), visita ou atendimento domiciliar (44,62%) e uso de instrumentos tais quais genograma familiar, ecomapa e outros (20,00%) (Figura 21).

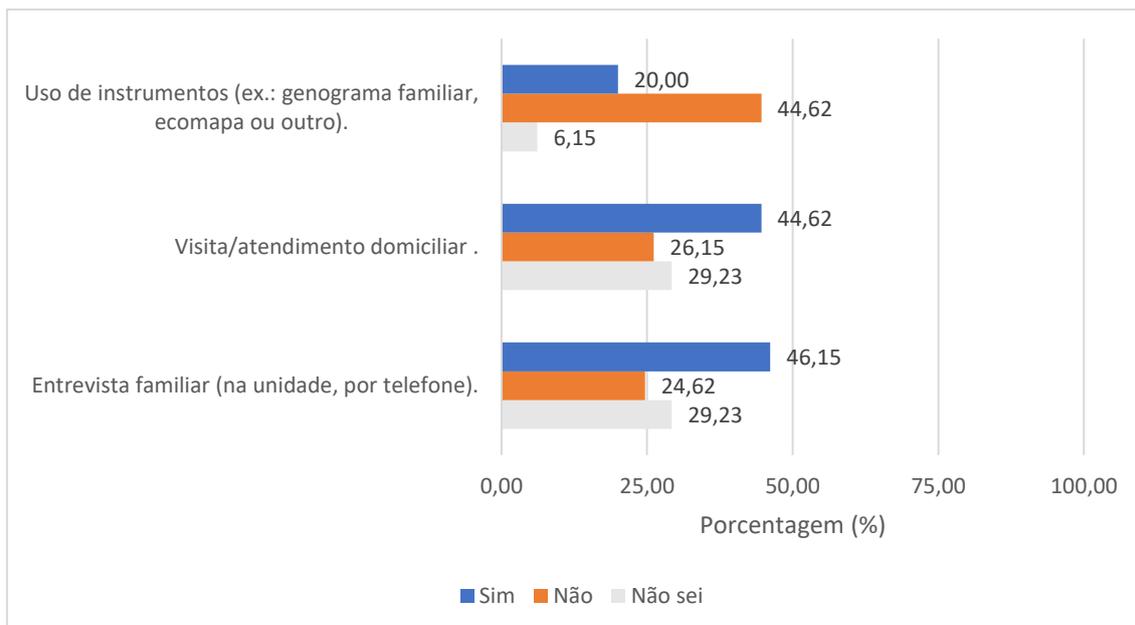


Figura 21 - Caracterização das atividades realizadas na abordagem familiar de usuários com sobrepeso/obesidade para atendimento individual nas unidades de saúde.

Em resposta aberta foram ainda mencionadas outras atividades realizadas na abordagem familiar: Participação da rede de apoio na consulta ou nos grupos, abordagem familiar durante o atendimento individual, convite para participar do grupo de promoção e prevenção. Uma das respostas mencionou que:

“Consideração (sic) deste fator como de suma importância na abordagem comportamental durante a consulta e estímulo à participação do familiar às consultas, com o consentimento do usuário atendido.”

Atendimento em grupo

Quanto ao atendimento em grupo para usuários com sobrepeso ou obesidade, apenas 38,46% das/dos respondentes indicaram que havia esta oferta. Os grupos populacionais frequentes nesse tipo de atendimento foram adultos (de 20 a 59 anos) ou idosos (pessoas acima de 60 anos), com 36,92% e 32,31%, respectivamente (Figura 22).

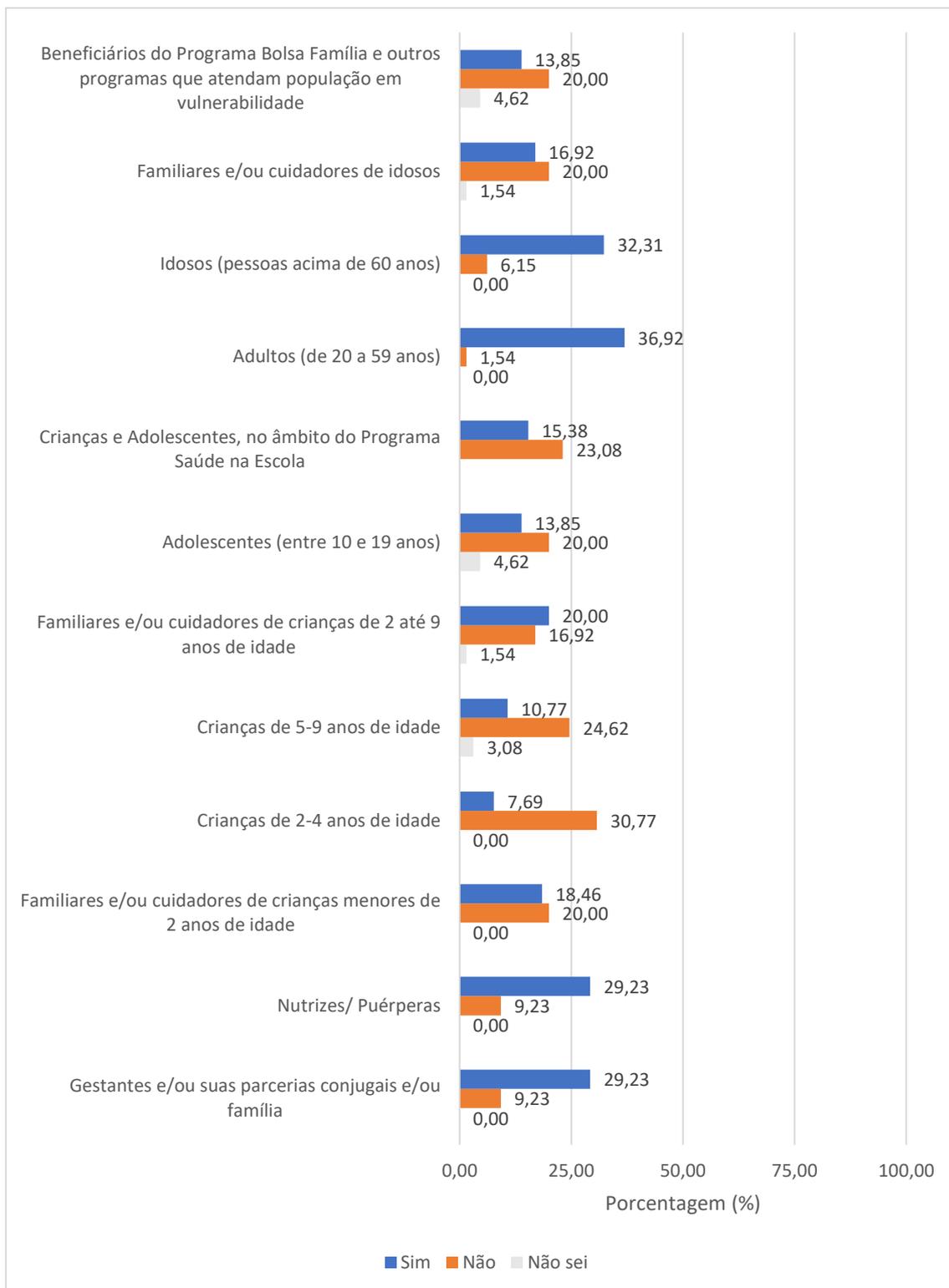


Figura 22 - Caracterização do público com demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento em grupo relacionadas ao sobrepeso/obesidade.

A seguir, descreve-se a frequência relatada pelos profissionais das atividades em grupo realizadas com pessoas com sobrepeso/obesidade. Também é

possível perceber que não há frequência definida para a maior parte dessas atividades (Tabela 5). A avaliação das atividades em grupo foi relatada apenas por 26,15% das/dos respondentes.

| | | Frequência | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------|---|---|------------------------------------|---|--|--------------------|--------------------|------------------------------|
| | | Semanal ou quinzenal | Mensal | No intervalo de 2 ou 3 meses | No intervalo de 2 ou 3 meses | Uma vez por ano | Não há frequência definida | A unidade de saúde não dispõe de profissional para esse atendimento | Não faz | Não sei | Não se aplica |
| Abordagem psicológica e/ou motivacionais | | 3,08 | 6,15 | 3,08 | 1,54 | 0,00 | 9,23 | 12,31 | 3,08 | 0,00 | 61,54 |
| Ações de promoção da alimentação adequada e saudável para grupos de usuários | | 7,69 | 16,92 | 3,08 | 1,54 | 0,00 | 7,69 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 61,54 |
| Ações em grupos para o autocuidado apoiado e abordagem cognitiva comportamental | | 1,54 | 7,69 | 4,62 | 1,54 | 0,00 | 10,77 | 6,15 | 3,08 | 3,08 | 61,54 |
| Adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para apoio ao tratamento | | 15,38 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7,69 | 6,15 | 7,69 | 0,00 | 61,54 |
| Atividade física/práticas corporais no Polo Academia da Saúde | | 3,08 | 3,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,08 | 9,23 | 15,38 | 4,62 | 61,54 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|
| Compartilhamento/trocas de experiência (entre os participantes do grupo) | 6,15 | 12,31 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 1,54 | 6,15 | 0,00 | 61,54 |
| Construção de redes de apoio social e familiar para apoiar os usuários na adesão ao tratamento | 4,62 | 6,15 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6,15 | 3,08 | 12,31 | 0,00 | 61,54 |
| Controle de peso corporal e/ou pressão arterial e/ou glicemia | 16,92 | 10,77 | 1,54 | 3,08 | 0,00 | 4,62 | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 61,54 |
| Incentivo a participação dos usuários nos conselhos locais (de saúde e de SAN) para reivindicação de ações territoriais para promoção da alimentação saudável e da infraestrutura adequada para prática de atividades físicas e práticas corporais | 3,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4,62 | 3,08 | 20,00 | 7,69 | 61,54 |
| Oficinas culinárias e outras atividades que valorizem a cultura alimentar local | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 1,54 | 4,62 | 29,23 | 1,54 | 61,54 |
| Orientação alimentar em grupo | 9,23 | 15,38 | 3,08 | 1,54 | 0,00 | 7,69 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 61,54 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|-------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|
| Palestras temáticas/ rodas de conversa na UBS para os cadastrados nos grupos | 6,15 | 10,77 | 3,08 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 1,54 | 7,69 | 0,00 | 61,54 |
| Reconhecimento das práticas de compra de alimentos dos usuários e orientar compras de alimentos mais saudáveis do comércio local (em feiras de rua, feiras em locais de trabalho, feiras de agricultores e produtores locais, feiras agroecológicas, feiras de produtos artesanais) | 7,69 | 3,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 3,08 | 13,85 | 1,54 | 61,54 |

Tabela 5 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde.

A alta adesão foi relatada por 21,54% dos entrevistados para o grupo de homens adultos de 20 a 59 anos, seguido por mulheres adultas nessa mesma faixa de idade (13,85%) e gestantes e puérperas/nutrizes, de qualquer faixa etária (13,85%). Os dados completos sobre adesão de pacientes em atividades em grupos das unidades de saúde estão descritos na Figura 23.

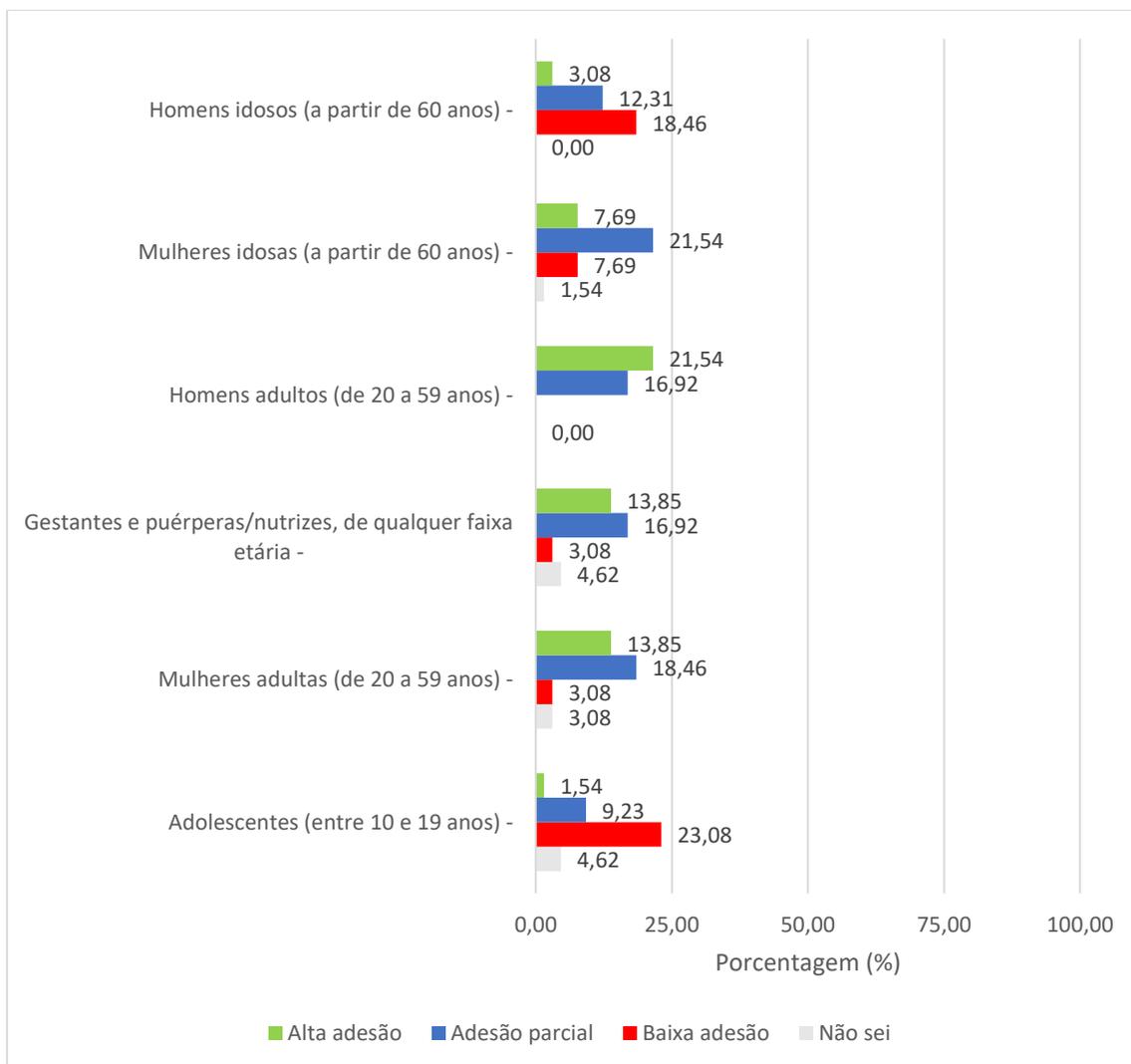


Figura 23 - Caracterização da adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietéticas realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde.

Quanto à percepção sobre os prováveis motivos para a baixa adesão dos usuários com sobrepeso/obesidade às atividades em grupo, as respostas obtidas em pergunta com campo aberto estão sistematizadas na tabela 6.

| Motivos | Frequência |
|-----------------------------------|------------|
| Aspectos relacionados ao usuário: | |

| | |
|---|-----------|
| 1. Falta de autocuidado, de interesse, comodismo, motivação, de tempo | 6 |
| 2. Dificuldade na mudança de hábitos | 6 |
| 3. Medo, culpa, vergonha, estigma de participar do grupo de obesos | 2 |
| 4. Fase de negação por parte do usuário | 2 |
| 5. Distância (longas) da casa do usuário até a unidade de saúde | 2 |
| 6. Idosos preferem consulta individual, dificuldade de audição, visão do conteúdo | 1 |
| 7. Estão desacreditados de que este tipo de atividade possa dar certo | 1 |
| 8. Dificuldade sobre a liberação no trabalho para participar de grupos | 1 |
| 8. Pessoas obesas tem dificuldades de deslocamentos | 1 |
| 9. Dificuldades físicas em ficar sentados por um longo período nos grupos | 1 |
| 10. Falta de incentivo ou descrença no tratamento | 1 |
| Aspectos externos ao usuário | nº |
| 1. Pandemia | 10 |
| 2. Pobreza e dificuldades financeiras | 2 |
| Aspectos relacionados aos serviços de saúde: | nº |
| 1. Unidade de saúde não realiza atividades de grupo | 6 |
| 2. Falta de estrutura física, inadequação do ambiente e dos recursos didáticos | 4 |
| 3. Cancelamento dos grupos por causa da pandemia | 3 |
| 4. Unidade de saúde rural com dificuldades de transporte público | 2 |
| 5. Falta do psicólogo | 1 |
| 6. Carência de orientação profissional no polo de academia da saúde | 1 |

Tabela 6 - Prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietética.

Houve relato de que quase metade (49,23%) das unidades de saúde onde o profissional respondente atuava desenvolvia ações de prevenção do sobrepeso/obesidade e de promoção da saúde junto à comunidade adscrita ao território. E 40% dos entrevistados relatou que as prevalências de sobrepeso e obesidade são levadas em consideração no atendimento comunitário promovido pela (ou com participação) da UBS.

Quanto à caracterização do público que frequenta as atividades comunitárias realizadas pela UBS ou NASF para usuários com sobrepeso/obesidade novamente se destacam os adultos com idade entre 20-59 anos e gestantes e/ou suas parcerias e/ou família (Figura 24).

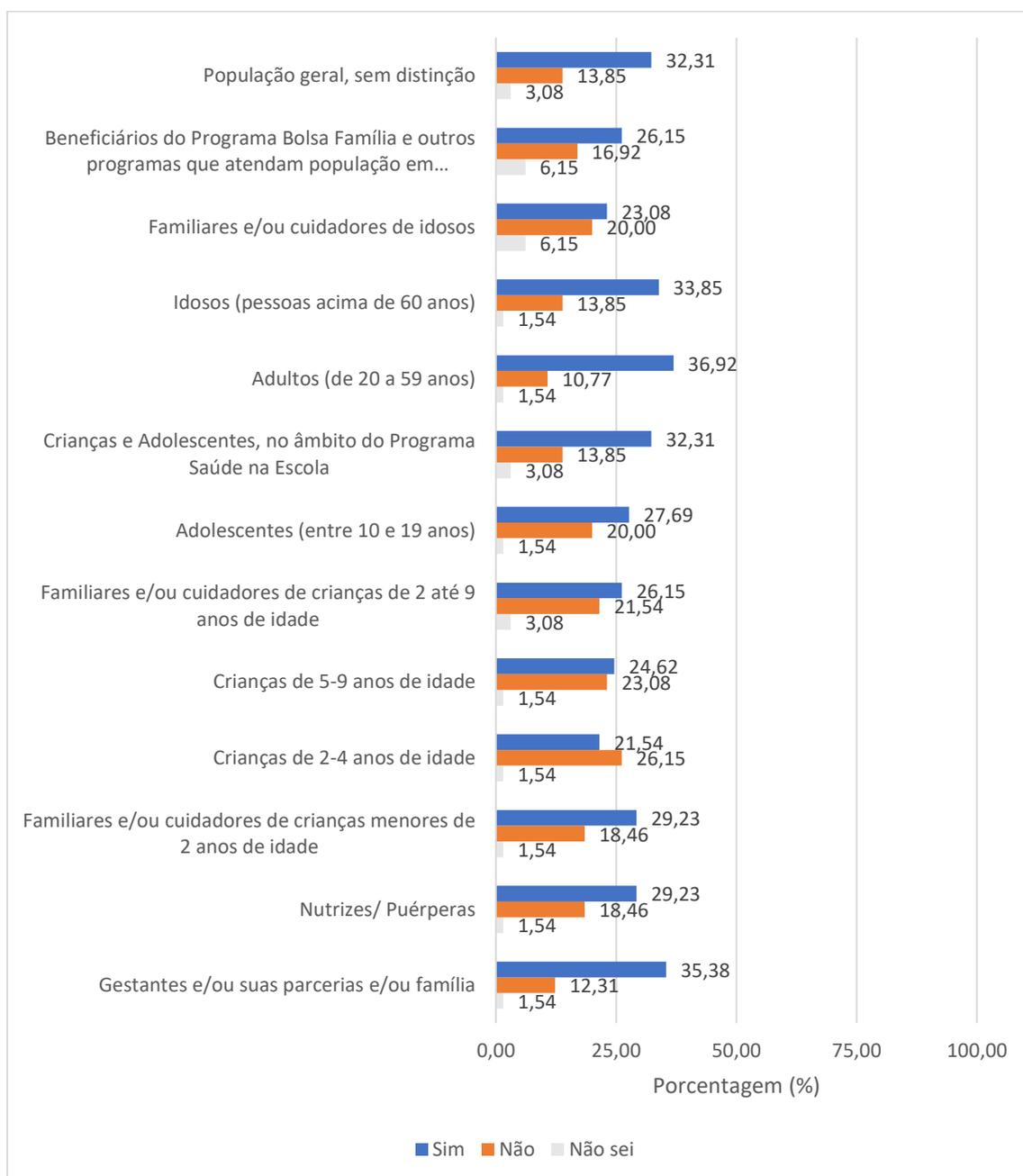


Figura 24 - Caracterização do público que frequenta as atividades comunitárias realizadas pela UBS ou NASF para usuários com sobrepeso/obesidade.

As condições mais frequentes que justificam o desenvolvimento das atividades comunitárias promovidas pela (ou com participação) da UBS, considerando as prevalências de sobrepeso/obesidade no território, citadas pelas/os respondentes foram: 1) baixa aderência dos usuários às orientações alimentares

individuais, por impossibilidades pessoais/familiares de segui-las (incapacidade financeira, falta de acesso físico a alimentos adequados, falta de oferta local de alimentos saudáveis, falta de tempo para o preparo das refeições); e 2) atividades comunitárias apresentam melhores resultados na intervenção em pessoas com sobrepeso e obesidade/ maior efetividade das ações quando são realizadas no território, ambas com 41,54% de relatos pelas/os respondentes (Figura 25).

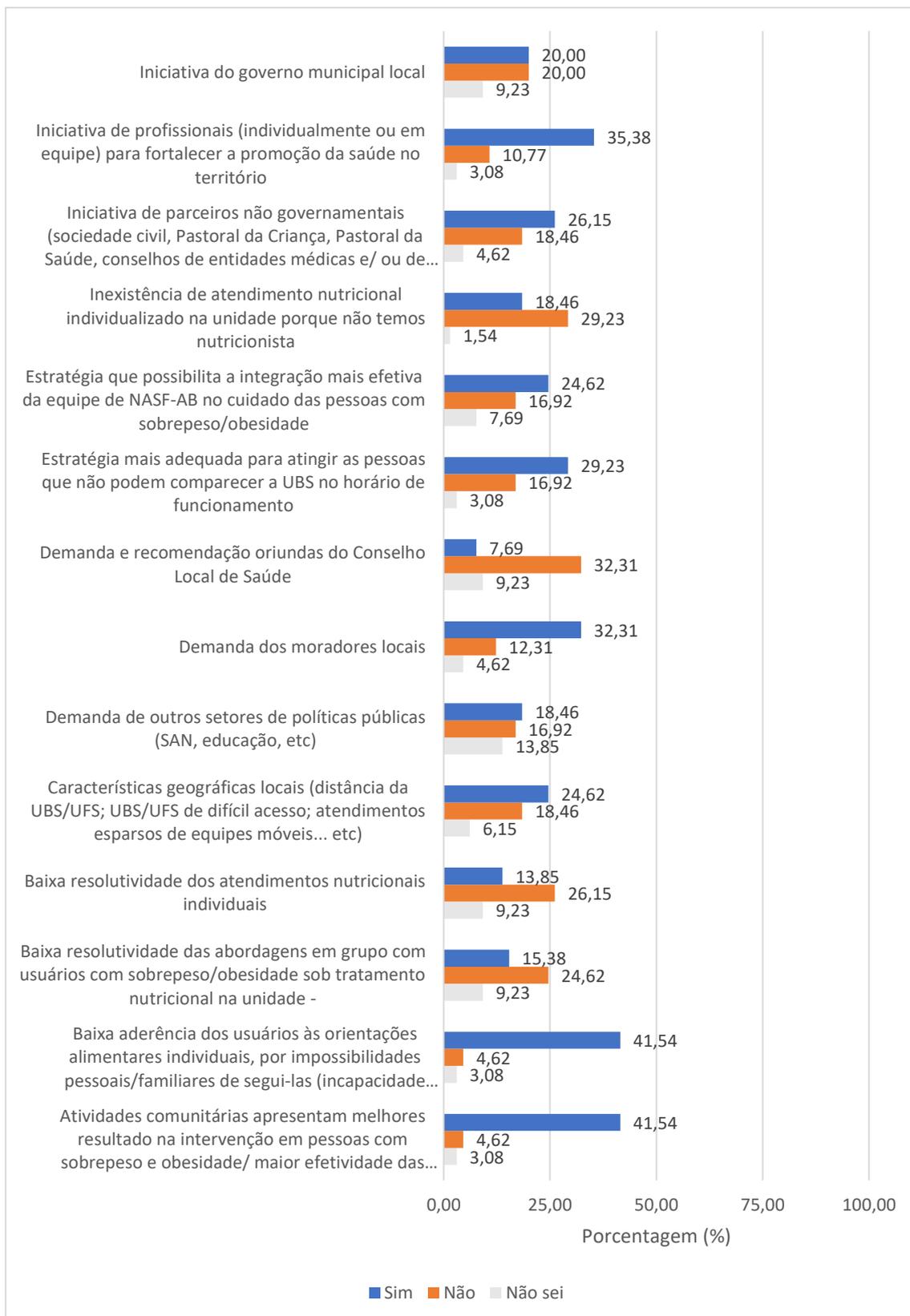


Figura 25 - Caracterização das condições que justificam o desenvolvimento das atividades comunitárias promovidas pela (ou com participação) da UBS.

| | Frequência | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---|------------|------------|---------------------|
| | Semanal ou quinzenal | Mensal | No intervalo de 2 ou 3 meses | No intervalo de 2 ou 3 meses | Uma vez por ano | Não há frequência definida | A unidade de saúde não dispõe de profissional para esse atendimento | Não faz | Não sei | Não se aplica |
| Ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais em espaços da comunidade (escolas e creches, públicas e privadas, praças e parques, Polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária etc.) | 9,23 | 4,62 | 4,62 | 1,54 | 3,08 | 13,85 | 4,62 | 6,15 | 1,54 | 50,77 |
| Ações de vigilância nutricional para aferição de peso e IMC dos usuários | 7,69 | 3,08 | 1,54 | 1,54 | 1,54 | 23,08 | 3,08 | 6,15 | 1,54 | 50,77 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Apoio à implantação e manutenção de hortas comunitárias e domiciliares, quintais orgânicos, hortas periurbanas, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais | 1,54 | 3,08 | 0,00 | 0,00 | 3,08 | 4,62 | 4,62 | 21,54 | 4,62 | 0,00 |
| Articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional na comunidade (ex.: Criança Feliz, Programa Bolsa Família, rede de assistência social, Programa Saúde na Escola) | 4,62 | 7,69 | 3,08 | 1,54 | 0,00 | 21,54 | 4,62 | 1,54 | 4,62 | 50,77 |
| Articulação para desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada em parceria com equipamentos | 1,54 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 12,31 | 3,08 | 21,54 | 7,69 | 50,77 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|--|--|
| públicos de segurança alimentar e nutricional do território (feiras, restaurantes populares, mercados públicos, hortas comunitárias, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, central de abastecimento Distrital) | | | | | | | | | | | | |
| Articulação para restrição da comercialização de alimentos não saudáveis nos equipamentos públicos e sócio comunitários do território (escolas, creches, hospitais, faculdades e arredores) | 0,00 | 3,08 | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 7,69 | 9,23 | 21,54 | 6,15 | 50,77 | | |
| Articulações com o gestor da SAN local para promover e | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 9,23 | 6,15 | 23,08 | 7,69 | 50,77 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|--|
| disseminar circuitos curtos de oferta e comercialização de alimentos saudáveis (feiras de rua, feiras em locais de trabalho, feiras de agricultores e produtores locais, feiras agroecológicas, feiras de produtos artesanais) | | | | | | | | | | | |
| Discussões com a comunidade sobre os determinantes/causas dos problemas alimentares e nutricionais existentes no território | 1,54 | 4,62 | 0,00 | 0,00 | 3,08 | 23,08 | 3,08 | 13,85 | 0,00 | 50,77 | |
| Mobilização da comunidade para atuação junto ao poder legislativo local para promulgação de leis regulamentadoras do comércio de | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7,69 | 4,62 | 27,69 | 7,69 | 50,77 | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|--|
| alimentos em escolas e espaços públicos | | | | | | | | | | | |
| Organização de grupos de pessoas para “adoção” de um agricultor familiar ou participação em “coletivos que sustentam a agricultura” para garantir a compra de alimentos mais saudáveis (orgânicos, ecologicamente sustentáveis ou oriundos da agricultura familiar) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 4,62 | 26,15 | 9,23 | 50,77 | |
| Promoção da participação dos usuários nos conselhos locais (de saúde e de SAN) para reivindicação de ações territoriais para promoção da alimentação saudável e da infraestrutura adequada para prática | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12,31 | 3,08 | 21,54 | 10,77 | 50,77 | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|--|
| de atividades físicas e práticas corporais | | | | | | | | | | | |
| Realização de atividades de reconhecimento e interação com o sistema de comercialização de alimentos local para orientar as práticas e melhores escolhas de alimentos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 1,54 | 10,77 | 4,62 | 26,15 | 4,62 | 50,77 | |
| Realização de atividades para conhecer os sistemas alimentares urbano-rurais e propor sua adequação ao Conselho Distrital de Saúde (CMS) e autoridades locais | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4,62 | 6,15 | 30,77 | 7,69 | 50,77 | |
| Realização de eventos para promoção da saúde e PAAS em datas comemorativas e em espaços públicos e equipamentos sociais | 0,00 | 1,54 | 1,54 | 3,08 | 7,69 | 15,38 | 3,08 | 13,85 | 3,08 | 50,77 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Realização de oficinas culinárias e outras atividades que valorizem a cultura alimentar local | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 3,08 | 12,31 | 3,08 | 24,62 | 4,62 | 50,77 |
| Reuniões abertas à população e realizadas por profissionais locais para promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) (ex.: palestras, compartilhamentos de casos e outros) | 4,62 | 4,62 | 0,00 | 1,54 | 1,54 | 20,00 | 4,62 | 9,23 | 3,08 | 50,77 |

Tabela 7 - Caracterização da frequência das atividades realizadas com usuários com sobrepeso/obesidade em atendimento em grupo nas unidades de saúde.

Em 20,00% das unidades são realizados acompanhamentos dos resultados alcançados nas atividades comunitárias, como por exemplo em pesquisa de satisfação, ou acompanhamento da mudança de comportamento relacionado a práticas/escolhas alimentares e/ou práticas de atividade física, ou na escolha de alimentos (origem, composição nutricional etc.), na hora da compra, ou alteração de condição clínica das pessoas.

E na opinião das/dos respondentes, sobre o nível de adesão (presença e/ou frequência e/ou participação) dos usuários nas atividades comunitárias, 18,46% responderam que há baixa adesão, 23,08% adesão intermediária e 4,62%, adesão alta (Figura 26).

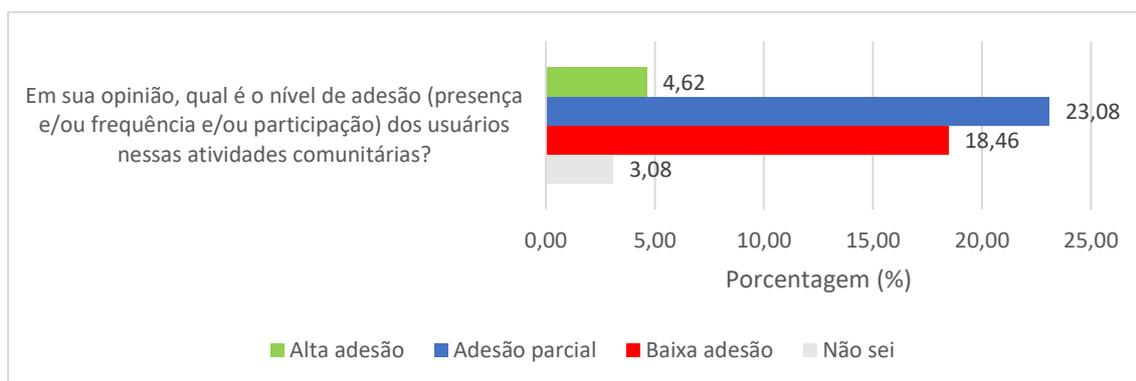


Figura 26 - Caracterização do nível de adesão (presença e/ou frequência e/ou participação) dos usuários nas atividades comunitárias.

| Motivos | Frequência |
|---|------------|
| Aspectos relacionados ao usuário: | |
| 1. Falta de interesse em aprender hábitos saudáveis e a cultura curativa enraizada | 3 |
| 2. Pandemia: atividades em grupo foram suspensas | 2 |
| 3. Dificuldade de acesso dos usuários, distância (longas) da casa até a unidade de saúde | 2 |
| 4. As atividades comunitárias têm baixa frequência, ficando difícil ter uma análise sobre a adesão. | 1 |
| 5. Baixa oferta de atividades em grupo por conta da alta demanda da unidade de saúde | 1 |
| 6. Território grande. População muito pobre. Equipes sempre muito sobrecarregadas. | 1 |
| 7. Falta mobilização e incentivo da própria equipe. | 1 |
| 8. Baixo nível de escolaridade, desemprego, marginalidade | 1 |
| 9. Ausência de profissional qualificado | 1 |

Tabela 8 - Motivos para a baixa adesão às atividades em comunitárias na Unidade de Saúde.

| Motivos | Frequência |
|---|-------------------|
| Aspectos externos ao usuário | |
| 1. A pandemia do SARS-Cov-19 | 9 |
| Aspectos relacionados aos serviços de saúde: | |
| 1. Recursos humanos, falta de profissional nutricionista na área | 8 |
| 2. Alta demanda com baixa capacidade de atendimento | 4 |
| 3. Falta de espaço físico | 3 |
| 4. Estratégia da Saúde da Família desestruturada | 2 |
| 5. Adstrição da população incompatível com desenvolvimentos de atividades | 2 |
| 6. Ausência de NASF e apoio | 2 |
| 7. Falta de priorização desta condição de saúde | 1 |
| 8. Indisponibilidade de transporte para este tipo de abordagem | 1 |

Tabela 9 - Motivos para o não desenvolvimento de atividades em comunitárias na Unidade de Saúde.

Quase a metade (49,23%) das/dos respondentes afirmou que são realizadas ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) individual na sua Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares. Sendo que, em ordem decrescente, os profissionais envolvidos nessas atividades que foram mais frequentemente relatados foram: enfermeiros (49,23%), médicos (44,62%), nutricionistas (33,85%), assistentes sociais (24,62%), odontólogos (23,08%), psicólogos (16,92%) e profissionais de educação física (3,08%) (Figura 27).

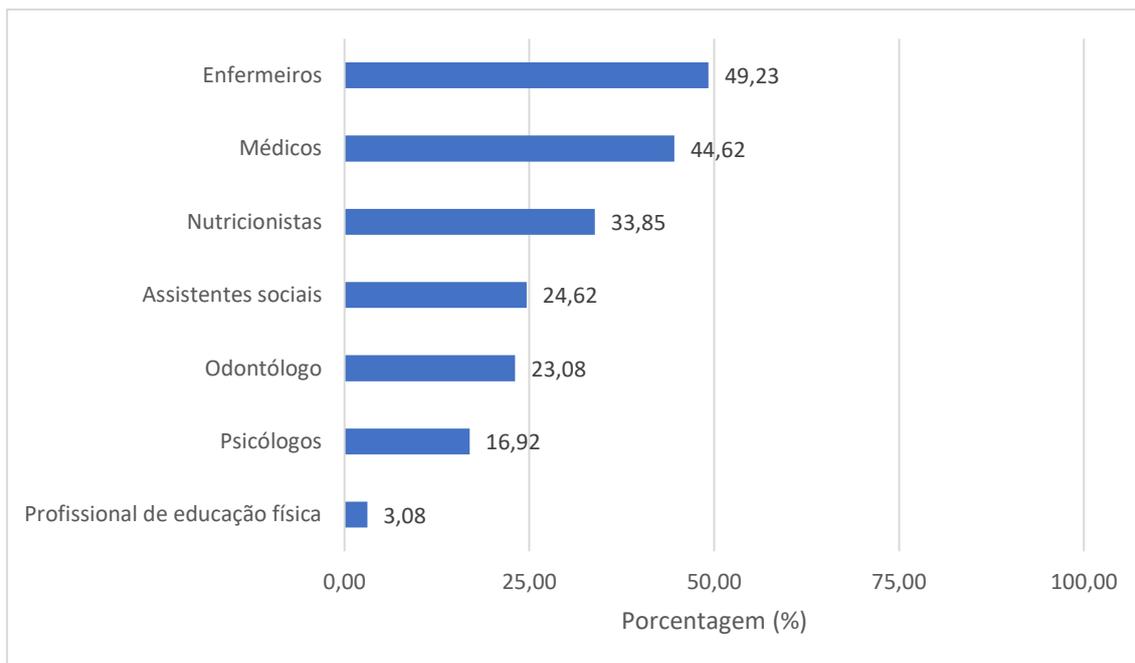


Figura 27 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) individual na Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares.

Mais da metade (50,77%) das/dos respondentes afirmou que são realizadas ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) em grupo na sua Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares. Sendo que os profissionais envolvidos nessas atividades mais relatados foram: enfermeiros (40,00%), nutricionista (33,85%), auxiliares e técnicos de enfermagem (30,77%), odontólogo (24,62%), fisioterapeuta (23,08%), assistentes sociais (20,00%), auxiliares e técnicos de saúde bucal (16,92%), psicólogos (15,38%) e profissionais de educação física (3,08%) (Figura 28).

Outros profissionais mencionados em pergunta aberta: terapeuta ocupacional, agentes comunitários de saúde, fonoaudiólogo e farmacêutico.

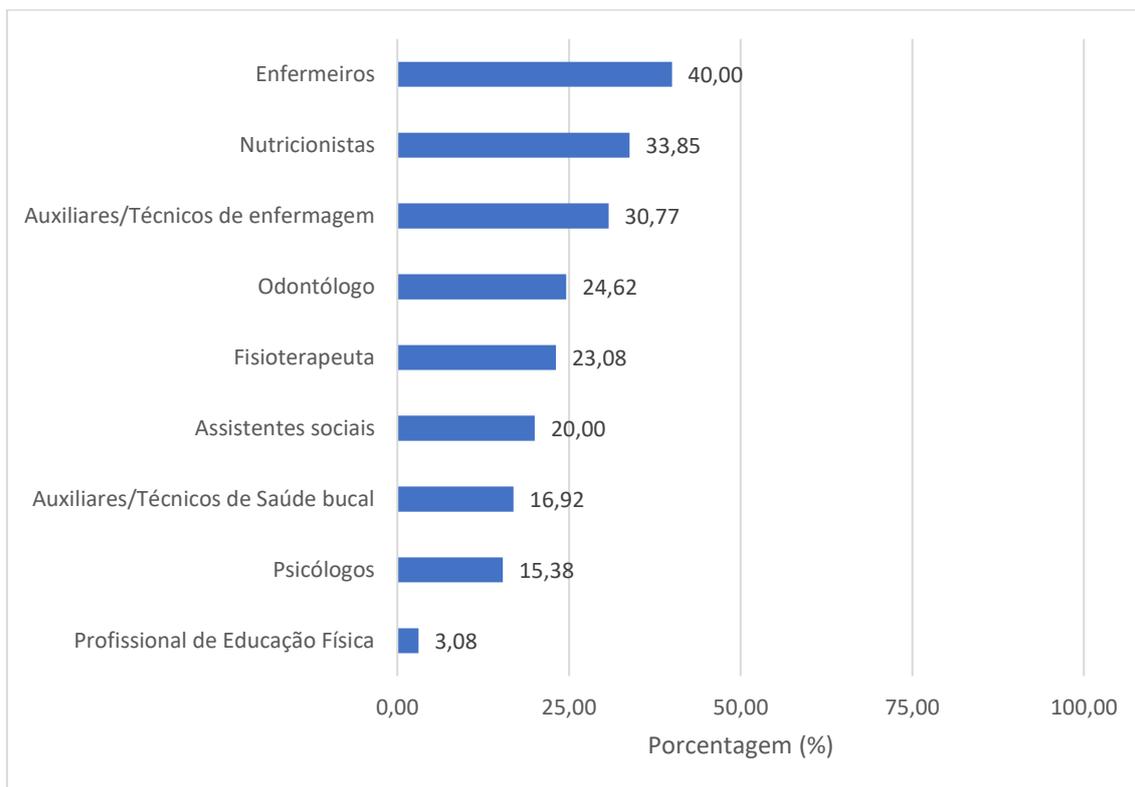


Figura 28 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) em grupo.

Pouco mais de 40% (44,62%) dos entrevistados reportou que são realizadas ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) comunitárias na sua Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares. Sendo que, em ordem decrescente, os profissionais mais relatados foram: enfermeiros (36,92%), nutricionistas (30,77%), médicos (30,77%), auxiliares e técnicos em enfermagem (30,77%), assistentes sociais (26,15%), fisioterapeutas (24,62%), odontólogos (18,46%), auxiliares e técnicos em saúde bucal (15,38%), psicólogos (13,85%) e profissionais de educação física (7,69%) (Figura 29).

Outros profissionais mencionados em pergunta aberta: terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta floral, agricultores, feirantes, integrantes do CSA (Comunidades que Sustentam a Agricultura).

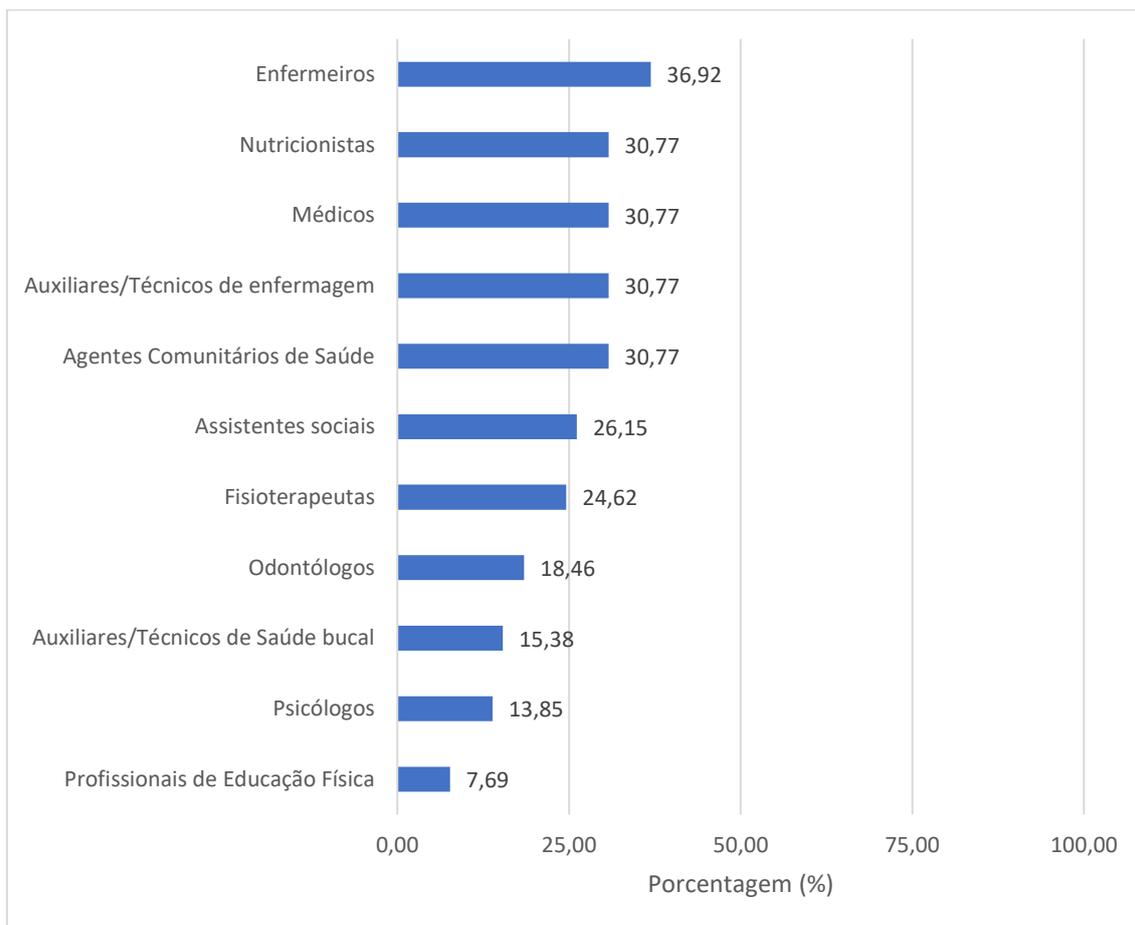


Figura 29 - Caracterização das categorias profissionais que participaram da execução de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) comunitárias na Unidade de Saúde e/ou nas visitas domiciliares.

Em relação à existência de espaços destinados a encontros multiprofissionais de trabalhadores oriundos dos diversos pontos da rede de atenção à saúde para discussão de casos de usuários com sobrepeso/obesidade, foi reportado pelos entrevistados que há espaço para fóruns com encontros presenciais em 6,15% das unidades, instalações para fóruns virtuais em 7,69% e que não há espaços destinados a estes encontros em 60,00% e ainda 23,08% reportaram não saber se existe.

Já com relação às ações de educação permanente envolvendo a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade na UBS em que trabalha e/ou da sua equipe (ESF ou NASF) 64,62% relataram que elas acontecem. As frequências que foram indicadas pelas/os respondentes dessas atividades foram: uma vez por semestre (9,23%), uma vez por ano (1,54%), uma vez a cada 2 anos (49,23%), sem frequência definida (3,08%), outros (30,77%), e não sei (6,15%).

Um fato que chama atenção é que apenas 1 em cada 4 (27,69%) profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento das pessoas com sobrepeso/obesidade foram sensibilizados, por meio de capacitação/educação permanente/educação em serviço (EP), quanto aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição.

3.2.6 Instrumentos/ferramentas de apoio à atenção nutricional

Acerca dos instrumentos e ferramentas de apoio ao atendimento nutricional, as/os respondentes relataram que os mais frequentes foram: 1) Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2013 ou o álbum seriado, 2004); 2) Caderno de Atenção Básica n. 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, 2014; 3) Caderno de Atenção Básica n. 38 - Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade, 2014 . E os menos frequentemente relatados foram: 1) Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, 2014 e 2) Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde, 2009. Entretanto, curiosamente é preciso ressaltar a quantidade de respondentes que disseram desconhecer importantes ferramentas para o atendimento nutricional, chegando, por exemplo 66,15% para o material Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde, 2014. Mais detalhes desse levantamento podem ser vistos na Tabela 6.

| | Sim | Não, porque não tem publicação impressa na unidade | Não, porque está defasada(o) | Não, porque não é aplicável a realidade local | Não, porque não é prático; pouco útil; de difícil manuseio | Não, porque é de difícil entendimento | Não conheço | Nenhuma das alternativas |
|--|------------|---|---|--|---|--|------------------------|---|
| Alimentação Cardioprotetora (Manual de orientações para profissionais de Saúde da Atenção Básica e cartilha), 2018. - | 26,15 | 7,69 | 0,00 | 1,54 | 1,54 | 1,54 | 49,23 | 12,31 |
| Alimentos Regionais Brasileiros, 2015. - | 30,77 | 6,15 | 0,00 | 1,54 | 3,08 | 0,00 | 41,54 | 16,92 |
| Caderno de Atenção Básica n. 12 – Obesidade, 2006. - | 61,54 | 7,69 | 13,85 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 7,69 |
| Caderno de Atenção Básica n. 35 -Estratégias para o cuidado da pessoa com | 73,85 | 6,15 | 0,00 | 0,00 | 1,54 | 0,00 | 12,31 | 6,15 |

| | | | | | | | | | |
|--|-------|------|------|------|------|------|-------|-------|--|
| doença crônica, 2014. - | | | | | | | | | |
| Caderno de Atenção Básica n. 38 - Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade, 2014. - | 73,85 | 4,62 | 1,54 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 13,85 | 4,62 | |
| Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição - material de apoio para profissionais de saúde, 2016. - | 30,77 | 3,08 | 0,00 | 1,54 | 1,54 | 0,00 | 49,23 | 13,85 | |
| Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos (guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2013 ou o álbum seriado, 2004). - | 76,92 | 3,08 | 4,62 | 1,54 | 0,00 | 0,00 | 9,23 | 4,62 | |

Tabela 10 - Uso ou motivos do não uso de publicações do Ministério da Saúde na orientação do trabalho da equipe de atenção nutricional.

Exatamente 40% das/dos respondentes relataram ter tido alguma dificuldade na utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e ou na aplicabilidade de seu conteúdo na atenção nutricional, sendo que as dificuldades mais frequentes foram: porque é pouco conhecido pelos profissionais (18,46%), porque não se adequa à realidade da população adstrita (7,69%), porque há resistência minha e/ou dos outros profissionais na adoção da nova classificação dos alimentos trazida pelo Guia (4,62%), e porque achamos a abordagem difícil (3,08%) (Figura 30).

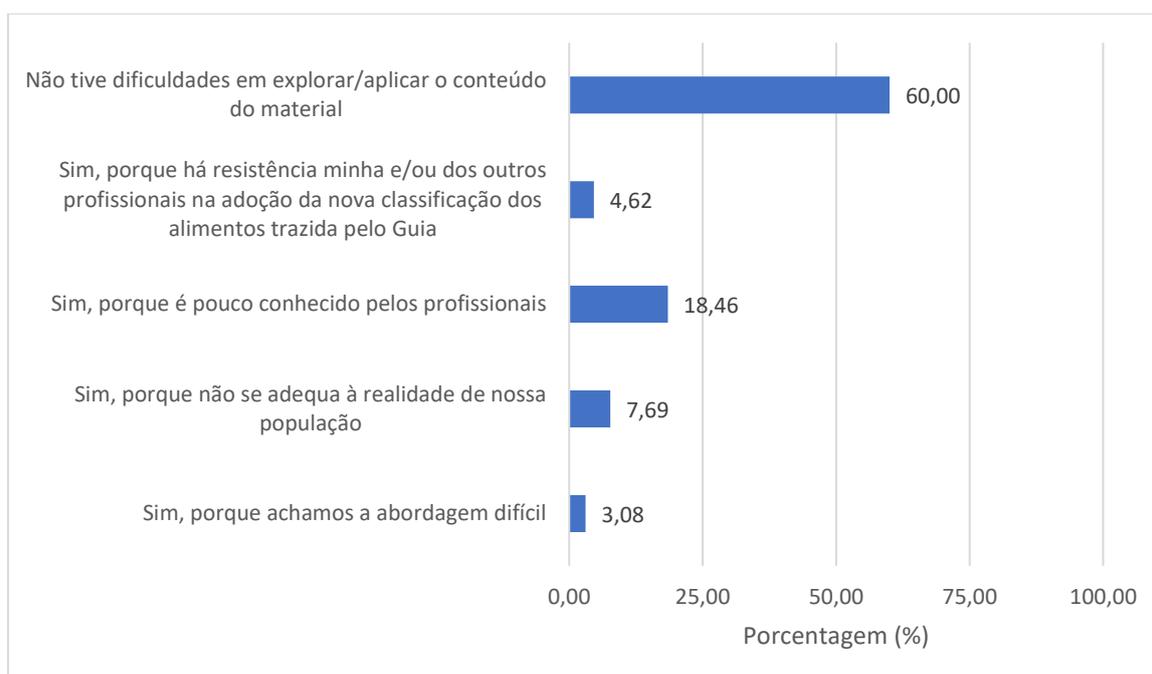


Figura 30 - Caracterização da dificuldade para utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) e ou na aplicabilidade de seu conteúdo na atenção nutricional.

Além das publicações citadas anteriormente, outras referências ou publicações ou informações ou instrumentos utilizados pelos profissionais da unidade de saúde no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade que foram citados incluíram: Orientações obtidas na formação acadêmica (87,69%); Diretrizes e consensos das Sociedades Brasileiras, principalmente aquelas relacionadas às doenças crônicas tais quais Cardiologia, Diabetes, Obesidade e Síndrome Metabólica, Hipertensão (84,62%); e Informações obtidas em livros didáticos e ou publicações científicas (76,92%). Mais detalhes podem ser vistos na Figura 31.

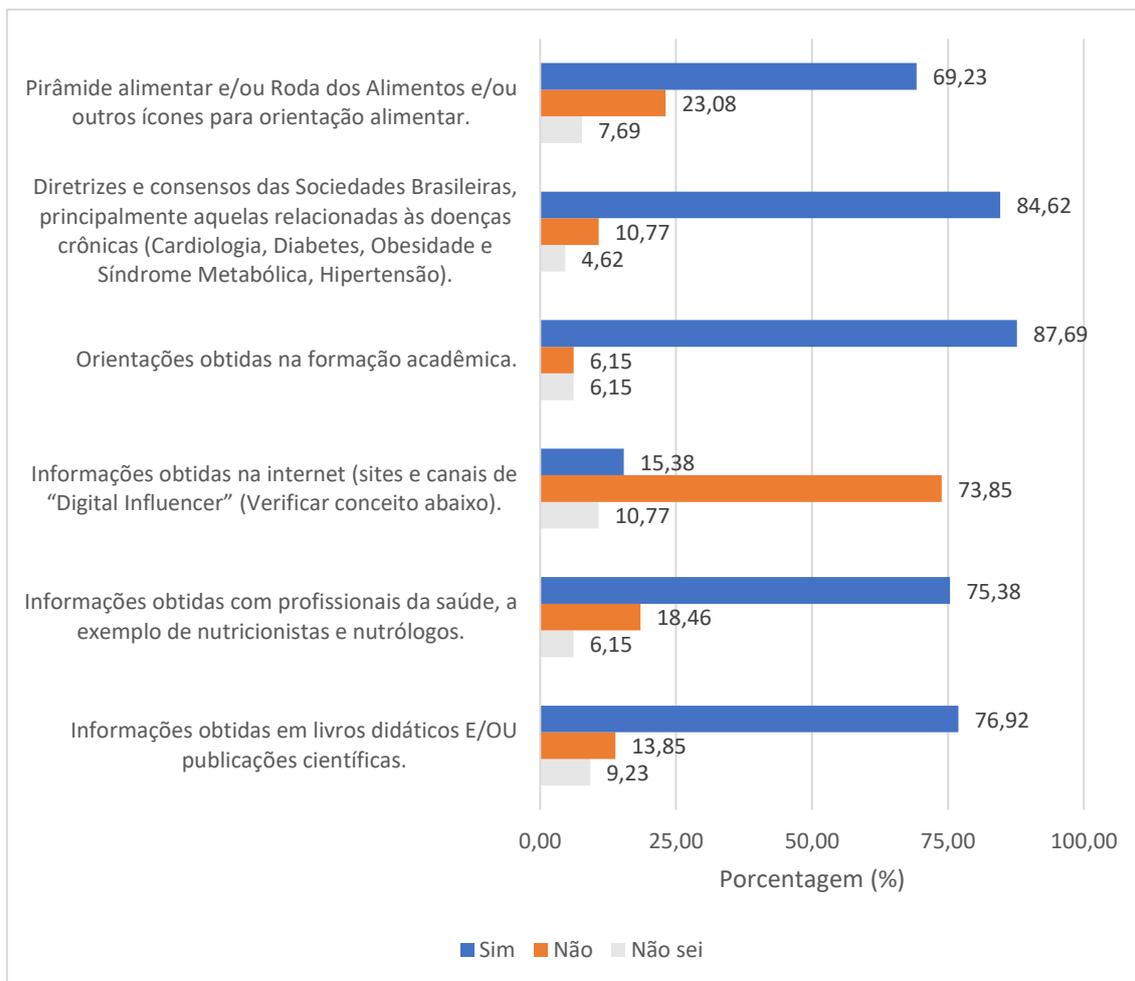


Figura 31 - Caracterização de outras referências ou publicações ou informações ou instrumentos utilizados pelos profissionais da unidade de saúde no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade.

3.2.7 Processos de monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade

Apenas 9,23% das/dos respondentes afirmaram que a equipe de saúde possui processos coletivos de avaliação do trabalho e dos resultados alcançados no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade. Entretanto, 18,46% afirmaram que a equipe realiza Vigilância Alimentar e Nutricional.

A respeito das ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional que a equipe utilizava para monitoramento e avaliação do cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade as mais frequentes citadas englobaram o monitoramento de dados antropométricos (peso, altura/estatura, circunferências, etc.), o monitoramento de dados de consumo alimentar (frequência do consumo de frutas, legumes, verduras, alimentos altamente industrializados, marcadores do SISVAN) e a Avaliação do estado nutricional de escolares (Programa Saúde na Escola ou articulação independente). Contudo essas atividades não foram

reportadas nem por 15% das/dos respondentes e, ademais, chama a atenção novamente a quantidade de pessoas que estava alheia à situação de quais ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional a equipe utilizava para monitoramento e avaliação do cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade, sugerindo que o processo avaliativo das ações da PNAN ainda precisa ser fortalecido (Figura 32).

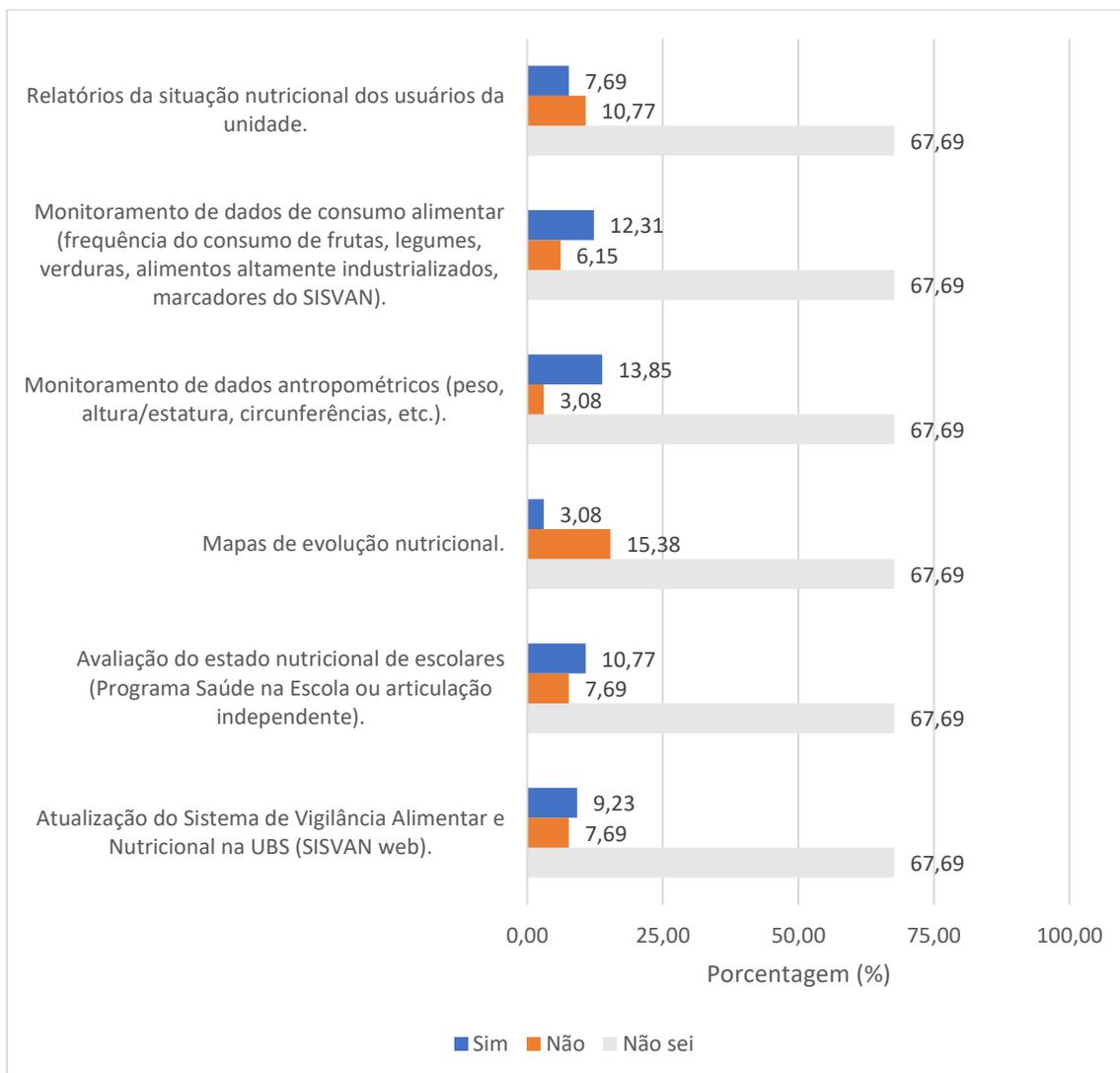


Figura 32 - Caracterização das ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional a equipe utiliza para monitoramento e avaliação do cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade.

Mais de metade dos entrevistados (52,31%) relatou que as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS-AB são utilizadas para apoiar a tomada de decisão. E ainda, reportaram que as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS AB são utilizadas para a tomada de decisão para a Reavaliação do cuidado nutricional individualizado pelos profissionais competentes, Planejamento e reorientação do trabalho da equipe da UBS e Planejamento e gestão das ações de alimentação e nutrição na UBS/território. Mais detalhes estão postos na Figura 33.



Figura 33 - Caracterização dos níveis de tomada de decisão, que as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS AB são utilizadas.

Por fim, em um pouco mais de uma em cada dez (13,85%) das unidades avaliadas há mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários com sobrepeso e obesidade atendidos na UBS ou pelas equipes ESF e NASF. Alguns mecanismos mencionados em pergunta com campo aberto estão na tabela 7.

| Mecanismos | Frequência |
|---|-------------------|
| Ouvidoria da Secretaria de Saúde | 5 |
| Questionários de avaliação aplicados nos grupos mensais | 3 |
| Fóruns comunitários, rodas de conversa | 2 |

Tabela 11 - Mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários com sobrepeso/obesidade atendidos na UBS ou pelas equipes ESF e NASF.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade da implementação da PNAN é de todas as esferas governamentais, cabendo a cada uma as atribuições que garantam o adequado cuidado nutricional da população. Assim, qualquer falha nas responsabilidades pactuadas pode dificultar a oferta de serviços com qualidade e comprometer a saúde dos indivíduos. A gestão dos recursos e planejamento das ações que envolvem a PNAN são pontos relevantes em todo esse processo para o ganho de autonomia e uso efetivo desta política (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012).

No DF, é possível verificar algum nível de articulação para o planejamento e a inclusão das ações de alimentação e nutrição em pontos-chaves do cuidado em saúde. Contudo, também se salienta a não participação em atividades que podem ser determinantes para a implantação adequada da PNAN no DF e da própria política distrital, como no Conselho de Saúde do DF e outras articulações intrasetoriais.

Foi informado que o DF recebe recursos federais do Ministério da Saúde para implementar ações da PNAN mas não foi possível identificar em quais ações foram alocados e assim ter uma ideia das prioridades estabelecidas. Por outro lado, foram citados que havia investimentos financeiros relevantes em ações de cuidado, tais como ações de diagnóstico, prevenção e controle de morbidades como a obesidade e combate a carências nutricionais.

Acerca da educação continuada e permanente, foi possível verificar estratégias presenciais e semipresenciais sendo desenvolvidas junto aos colaboradores e fazendo uso de importantes ferramentas, como o ETSUS e UnaSUS, mas subutilizando outras, como o Telessaúde e AVASUS. Sabendo da importância da educação em saúde no combate às morbidades nutricionais, ressalta-se a necessidade de fortalecer seu uso empregando as ferramentas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

No que refere ao cuidado com o sobrepeso e obesidade no DF verifica-se que grande parte das/dos respondentes indicaram insuficiência em atividades como diagnóstico e mapeamento do território, que constituem ações essenciais para o adequado planejamento em saúde. O território é um espaço dinâmico, vivo e é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a essas dinâmicas. Ressalta que as equipes de saúde da APS, incluindo as do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), devem conhecer o seu território de atuação para desenvolver ações, atividades, ou seja, planejar o seu processo de trabalho de acordo com as questões de saúde vivenciadas pela população.

Outra informação que chama a atenção é que muitas unidades não fazem o compartilhamento de casos entre os serviços de saúde, não adotaram a LCSO

como estratégia de cuidado, ou ainda possuem poucas ações e estratégias para garantir a adesão e, dessa forma, postergam o tratamento do usuário. Por outro lado, quase a totalidade das unidades reportam uso de protocolos no cuidado dos indivíduos com excesso de peso, constituindo uma boa estratégia para alcançar os usuários. O que a pesquisa não conseguiu captar é que tipos de protocolos são utilizados e qual é a consonância destes com a LCSO que está publicada no DF e com as melhores práticas baseada em evidências científicas. Este resultado sugere que existem diferentes abordagens para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade pelas UBS, papel que a LCSO poderia exercer para garantir fluxos assistenciais e o itinerário terapêutico das (os) usuárias (os), descrevendo as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (atenção primária, secundária e terciária) e nos sistemas de apoios. Reforça-se que a LCSO também define normas para orientar o trabalho cotidiano da equipe multiprofissional de saúde sobre os procedimentos e tratamentos baseados em evidências que podem lograr melhores resultados de acordo com os objetivos estipulados.

Relativamente ao cuidado do usuário com obesidade, menos de metade das unidades dispunham de equipamentos para práticas corporais ou ações educativas e apenas uma mínima quantidade dispunha de infraestrutura e mobiliário para garantir acessibilidade e atendimento humanizado desse público. Por conseguinte, os usuários podem se sentir constrangidos e não acolhidos nesse processo e abandonarem o acompanhamento. Somam-se a isso relatos de falta de interesse por parte do usuário e dificuldade de acesso à unidade de saúde.

Como estratégias para contornar a baixa adesão, as unidades dispõem de atendimentos individuais e/ou em grupo em maior ou menor frequência e com temáticas variadas pautadas em documentos como o Guia Alimentar para a População Brasileira e os Dez passos para uma alimentação saudável. Essas estratégias podem ajudar a fidelizar e promover adesão ao tratamento.

Curiosamente, embora o Guia Alimentar para a População Brasileira seja um dos materiais mais utilizados como base para o atendimento nutricional de pessoas com obesidade, quatro em cada dez respondentes reportaram dificuldades de aplicar o conteúdo do documento. Isso pode ser reflexo das poucas estratégias de educação continuada que são empregadas no DF.

Já com relação à Vigilância Alimentar e Nutricional menos de 15% das unidades respondentes reportam qualquer ação, sendo o mais frequente o monitoramento dos dados antropométricos e de consumo alimentar. O que demonstra fragilidade no processo de monitoramento da situação para a oferta da atenção nutricional.

Apesar do desenvolvimento desta pesquisa ter sido afetada pela pandemia de COVID-19, muito se pôde aprender sobre como o cuidado nutricional para o sobrepeso e obesidade se desenvolvem dentro da APS no DF e pode constituir importante ferramenta para a gestão e as/os profissionais aprimorarem o planejamento e execução de atividades relativas à PNAN.

Os resultados desta pesquisa nos permitem concluir que mesmo após toda a evolução da PNAN nacionalmente suas ações ainda carecem de maior articulação e oferta em todos os níveis de atenção do SUS DF e pode-se afirmar que nem todas as UBS estão organizadas para o cuidado nutricional das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Mas é relevante destacar que se observa uma realidade promissora no que se refere à governança da PNAN no DF, na medida em que pré-condições já estão definidas como a existência de uma gestão compartilhada para as ações da PNAN, área técnica de referência para Alimentação e Nutrição (GESNUT DF) formalizada, atuante, com orçamento próprio e a existência de documento legal instituído para a Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN), aprovada nas instâncias do SUS local. Entretanto, deve-se considerar que a organização do cuidado nutricional é tarefa complexa e de responsabilidade multiprofissional, o que requer ampla adesão das equipes e das UBS, a implementação efetiva da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), além das articulações na Rede de Atenção Saúde e nos diversos níveis de complexidade do sistema. Cabe aos gestores a garantia das condições profissionais, orçamentárias e materiais para a organização do cuidado. O fortalecimento e a ampliação das ações da PNAN para toda a APS e demais níveis de atenção à saúde é condição necessária para a promoção mais efetiva da alimentação e nutrição saudáveis para toda a população usuária do SUS no DF.

REFERÊNCIAS

BORTOLINI, G.A.; OLIVEIRA, T.F.V.; SILVA, S.A.; SANTIN, R.C.; MEDEIROS, O.L.; SPANIOL, A.M.; PIRES, A.C.L.; ALVES, M.F.M.; FALLER, L.A. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, v. 44, n. e39, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013, n.123, Seção I, p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual Instrutivo da Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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

SANTOS, S.M.C; RAMOS, F.P.; MEDEIROS, M.A.T; MATA, M.M.; VASCONCELOS, F.A.G. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n-S1, 2021.