

Série Conhecimento em Movimento

# LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Ana Laura Brandão  
Carolina de Oliveira Coutinho  
Juliana Pereira Casemiro

ORGANIZADORAS

editora  
  
redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA

<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORAS  
Ana Laura Brandão  
Carolina de Oliveira Coutinho  
Juliana Pereira Casemiro

Série Conhecimento em Movimento

# LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1ª Edição  
Porto Alegre  
2024



**Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA**

**Alcindo Antônio Ferla**

### **Coordenação Editorial**

**Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

**Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diêssica Roggia Picxak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

### **Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);

**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);

**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

**Èrica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

**Jacks Soratto** (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil);

**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil);

**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil);

**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil);

**Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** (Universidade Federal de Pernambuco);

**Quelen Tanize Alves da Silva** (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra);

**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil);

**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

**Vanessa Iribarrem Avena Miranda** (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

## Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Camila Fontana Roman

## Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

## Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
Ed. Anexo, 4o andar, ala B Sul | CEP: 70058-900

Telefone: (61)3315-9004

Site: <https://aps.saude.gov.br>

E-mail: [deprosa@saude.gov.br](mailto:deprosa@saude.gov.br)

## ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Coordenação de Equidade, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental

Escritório da OPAS/OMS no Brasil

Endereço: Lote 19 – Avenida das Nações, SEN –  
Asa Norte, Brasília, DF | CEP: 70312-970

Telefone: (61) 3251-9595

Site: <https://www.paho.org/pt/brasil>

E-mail: [comunicacao@paho.org](mailto:comunicacao@paho.org)

## FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 -  
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ | CEP: 21041-210

Telefone: (21) 2598-2525

Site: <https://ensp.fiocruz.br/>

## Coordenação Geral

Ana Laura Brandão - ENSP/Fiocruz

Juliana Casemiro – UERJ

Luisete Moraes Bandeira – OPAS/OMS

Kelly Alves - CGAN/MS

## Representante OPAS/OMS

Elisa Prieto Lara – OPAS/OMS

Luisete Moraes Bandeira - OPAS/OMS

## Representantes CGAN/MS

Kelly Alves - CGAN/MS

Carla Santos - CGAN/MS

Juliana Gonçalves - CGAN/MS

Janne Ruth Nunes Nogueira - CGAN/MS

## Secretariado executivo:

Carolina Coutinho - ENSP/Fiocruz

Amanda Oliveira - ENSP/Fiocruz

Juliana Lima - ENSP/Fiocruz

## Apoio técnico:

Cleomar Dias

Vanessa Pinheiro Borges

## Comitê Consultivo:

Ana Carolina Feldenheimer - UERJ

Bruno Reis - SMS Salvador - BA/ CFN

Carolina Morgado - SMS Duque de Caxias /

SMS Mesquita / CRN4 - RJ

Débora Lima - PPGCS/ Culinafro - UFRJ

Érika Cardoso - UFOP

Thatiana Fávoro - UFAL/ CONSEA

Vanille Pessoa - UFCG/ ASBRAN/ CFN

## Comitê Avaliativo:

Ailma Barbosa - SMS João Pessoa

Alcemir Barros - UFES/ FBSSAN

Amanda Franco - UERJ

Ana Carolina Feldenheimer - UERJ

Ana Lúcia Fittippaldi - ENSP/Fiocruz

Anderson Holsback - SES/ MS

Andressa Fagundes - UFS

Carla Marques - CGAN/ MS

Csele Van de Sand - SES-SC

Denise Barros - ENSP/Fiocruz

Elisa Mendonça - ABRASCO

Érika Cardoso - UFOP

Fernanda Bairros - UFRGS

Gabriella Carrilho - CGAN/MS

Hugo Braz Marques - IVISA - Rio/ MS

Juliany Araújo - SESAU Recife

Juliana Oliveira - UFPE

Katiana Teléfara - CEPLAG/RJ

Lígia Amparo - UFBA/ ABRASCO

Lúcia Gratão - CGAN/ MS/ SMS Palmas

Maisa Pedroso - SES-RJ

Norma Alberto - SESAPI

Patrícia Machado - UFSC

Pedro Cruz - UFPE

Phillipe Rodrigues - UFRJ/ UNIABEU

Sophia Rosa Benedito - FeSaúde Niterói

Thanise Santos - CGAN/ MS/ USP

Thatiana Fávoro - UFAL/ CONSEA

Vanessa Kirsten - UFSM

Vanille Pessoa - UFCG/ ASBRAN/ CFN

Verena Moraes - UFRJ

Viviane Maresi - eMulti RJ

Walter Borges Neto - SES-TO

**Organização e redação:**

Ana Laura Brandão

Carolina de Oliveira Coutinho

Juliana Pereira Casemiro

**Financiamento:**

Organização Pan-Americana da Saúde/

Organização Mundial da Saúde no Brasil  
(OPAS/OMS)

**Revisão:**

Aberta por pares

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

**L123**

**Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde** / Ana Laura Brandão; Carolina de Oliveira Coutinho; Juliana Pereira Casemiro (Organizadoras) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

381 p. (Série Conhecimento em Movimento, v. 10).

E-book: 7.50 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-187-8

DOI: 10.18310/9786554621878

1. Ciências da Nutrição. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM QU 145-146.1

CDU 612.39

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

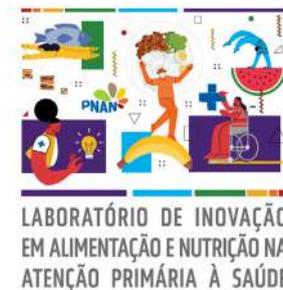


MINISTÉRIO DA SAÚDE



Todos os direitos desta edição reservados à  
Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110,  
Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	11
Elisabetta Recine	

<b>APRESENTAÇÃO DA OPAS/OMS NO BRASIL</b> .....	13
Socorro Gross	

<b>APRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> .....	15
Kelly Poliany de Souza Alves, Gilmara Lúcia dos Santos, Felipe Proença de Oliveira	

<b>RESUMO EXECUTIVO   LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	17
---	----

<b>PARTE I   O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	21
--	----

<b>Capítulo 1   CAMINHOS METODOLÓGICOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	23
Ana Laura Brandão, Juliana Pereira Casemiro, Carolina de Oliveira Coutinho, Amanda Bastos de Oliveira, Luisete Bandeira	

<b>EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS NO LIS A&amp;N NA APS</b>	
<b>Eixo 1: Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS</b> .....	45

<b>Capítulo 2   ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, O COMBUSTÍVEL DA DANÇA</b> .....	47
Aluísio Gomes da Silva Júnior, Ariana de Oliveira Tavares, Marlom da Silva Rolim, Thamiris Catão Raybolt, Clarice Rossi Girão, Luisa Linhares Borges, Raquel Sousa Cerqueira Cruz, Leonardo de Souza Melo, José Vitor Leal Braga, Mayara Pereira Pacheco, Fabiana Prado Priori, Sayene Garcia Batista, Ana Lúcia Rosa Gomes Barbosa, Charles Vasconcelos, Jorge Luiz Rosa, Jaqueline Petito Pepe	

**Capítulo 3 | GASTRONOMIA COMUNITÁRIA ..... 65**

Fernanda Farias, Cláudia Moreira, Lauanda Amorim

**Capítulo 4 | VEM QUE EU TE ENSINO A COZINHAR: PROJETO COZINHA BRAGANÇA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL ..... 77**

Maricilia Nascimento Prestes, Bruna Amador

**Eixo 2: Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS ..... 89**

**Capítulo 5 | “TERRATERAPIA”: UMA EXPERIÊNCIA DO CULTIVO ORGÂNICO PROMOVENDO CONSUMO ALIMENTAR SAUDÁVEL E BEM-ESTAR MENTAL ..... 91**

Jesuana Oliveira Lemos, Joyce de Oliveira Vieira, Tatiana Rego Borges

**Eixo 3 – Gestão, monitoramento e avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS ..... 105**

**Capítulo 6 | DIAGNÓSTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO ..... 107**

Vilma Maria Pereira Ramos, Louriene de Oliveira Antunes, Thalita Milena Araújo Xavier de Amorim, Lorena Correia Leal Rocha, Marília Maria de Lucena Macedo

**Capítulo 7 | INTERSETORIALIDADE E CRUZAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS EM ITAJAÍ (SC) ..... 121**

Elinia da Silva Mateus Marsango, Pamela Eulalia Sedrez Nicoletti

**Capítulo 8 | MELHORIAS NAS FERRAMENTAS DE TRABALHO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES E ALCANCE DE METAS/COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA SAÚDE ..... 137**

Jaqueline Nascimento Vieira, Raquel Souza da Silva, Lidiane Souza da Silva

**Eixo 4 – Segurança Alimentar e Nutricional no território ..... 149**

**Capítulo 9 | AGRICULTURA FAMILIAR TRADICIONAL E ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: COMO UNIR SAÚDE, GERAÇÃO DE RENDA SUSTENTÁVEL E SEGURANÇA PÚBLICA EM UMA AÇÃO ÚNICA ..... 151**

Fernando Merloto Soave

**Capítulo 10** | ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA HORTAS CARIOCAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE E CLIMA PARA FORTALECER A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ..... 169  
Renata Alves Fonseca de Barros, Larissa Haydée Costa Alviaia, Lívia Cardoso Gomes Rosa, Denise Jardim de Almeida

**Capítulo 11** | GUIA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE MÃE DE SERGIPE ..... 187  
Vanessa Meneses Costa, Mário Luís Tavares Mendes, Winne Correia Fontes, Leandro de Almeida Nascimento, Joicielly França Bispo, José Marcos de Jesus Santos, Fernanda Rodrigues de Santana Goes

**PARTE II | APRENDENDO COM AS EXPERIÊNCIAS E OLHANDO PARA O FUTURO** ..... 199

**Capítulo 12** | FORTALECIMENTO DO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS, POSSIBILIDADES E CAMINHOS PARA AVANÇARMOS ..... 201  
Carolina de Oliveira Coutinho, Sophia Rosa Benedito, Erika Cardoso Reis, Ana Laura Brandão

**Capítulo 13** | A COZINHA COMO ESPAÇO PARA O CUIDADO: O PROTAGONISMO DAS MULHERES NEGRAS E DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS..... 225  
Débora Silva do Nascimento Lima, Camila Moreira Fonseca, Luana de Lima Cunha, Danielle Theodoro Canicio, Mariana Fernandes Brito de Oliveira, Rute Ramos da Silva Costa

**Capítulo 14** | DIÁLOGOS ENTRE A AGROECOLOGIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (SUS)TENTANDO RELAÇÕES DE SOLIDARIEDADE PARA MUDANÇAS NECESSÁRIAS..... 251  
Clarice Miranda, Frederico Peres, André Burigo, Juliana Casemiro

**Capítulo 15** | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SOBRE COTIDIANOS, SEUS TEMPOS E POSSIBILIDADES ..... 277  
Juliana Casemiro, Vanille Pessoa, Ligia Amparo-Santos, Cristiane Marques Seixas

**Capítulo 16 | GESTÃO, PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: FERRAMENTAS PARA A AÇÃO.....** 293

Caroline Morgado, Katiana Telefora, Denise Barros, Ana Laura Brandão

**Capítulo 17 | PROMOÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DA APS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS .....** 323

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

**Capítulo 18 | PERSPECTIVAS PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA GESTÃO FEDERAL.....** 339

Juliana Gonçalves Machado, Carla Caroline Silva dos Santos, Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Janne Ruth Nunes Nogueira, Kelly Poliany de Souza Alves

**As organizadoras.....** 357

**Os autores e as autoras .....** 359

# PREFÁCIO

A publicação de um Laboratório de Inovação é sempre revestida de expectativas pois a série se configurou como um instrumento significativo de documentação do tema que aborda, trazendo uma diversidade de experiências que registram não apenas avanços, mas inspiram novas ações.

E não é diferente para a presente edição. Nossa Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) adota a Atenção Primária em Saúde como locus privilegiado e prioritário para implementação de suas diretrizes. Locus mais do que justificável considerando o papel da alimentação na proteção e promoção da saúde e prevenção para as principais causas de adoecimento e morte atuais. A trajetória percorrida desde a publicação da 1ª edição da PNAN, a proposição de uma matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção primária, revista e republicada anos atrás, a realização de mostras e premiações de experiências, a ampliação significativa da atuação que foi proporcionada pelos então Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a publicação dos Guias Alimentares e seus diversos desdobramentos, a elaboração de inúmeros documentos técnicos de apoio à ação dos profissionais têm pavimentado um caminho consistente, exemplificado nesta publicação.

Percorrer este Laboratório é trilhar as diferentes dimensões e aspectos que concretizam a Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde, das estratégias de educação popular em saúde que conformam os grupos de orientação, às hortas nas unidades que não apenas produzem alimentos e ervas, mas se tornam

espaços terapêuticos e de estabelecimento de redes de convívio. O resgate da culinária como prática de auto-cuidado e autonomia. A alimentação é um potente recurso para as articulações territoriais concretas com as escolas, centros de assistência social, associações comunitárias. Há também as experiências que qualificam os sistemas de informação, os processos que organizam as práticas dos diferentes profissionais. Há práticas recentes que merecem ser especialmente comemoradas como a abordagem de gênero e raça, o diagnóstico proativo da insegurança alimentar e o cotidiano da prática profissional como espaço de formação vivo e dinâmico.

É nítida a estruturação de práticas integradas de gestão e organização do cuidado. Anos atrás analisávamos a primeira edição da PNAN como o resultado de diálogos e apoios que vinham de uma demanda externa ao sistema de saúde, com a segunda edição comemorávamos que finalmente a PNAN estava “entrando no SUS”. Hoje não há dúvidas que passos largos e consistentes foram dados nesta direção pelo conjunto de profissionais e gestores em todas as esferas.

Toda política pública é dinâmica assim como a realidade e suas demandas, portanto temos caminho ainda a ser trilhado para que a alimentação e nutrição seja uma responsabilidade compartilhada, uma prioridade na programação em saúde, um tema recorrente nos conselhos de saúde e que seja regra e não exceção uma atenção nutricional que aborde a alimentação em suas múltiplas dimensões, mas certamente o que tem sido realizado indica um processo virtuoso e crescente. O convite é mergulhar nesta publicação, aprender, se inspirar e multiplicar!

Elisabetta Recine  
Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional. Depto de  
Nutrição. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília

# APRESENTAÇÃO DA OPAS/OMS NO BRASIL

Os Laboratórios de Inovação são ferramentas idealizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) que visam transformar o conhecimento tácito, fruto da vivência de gestores e de trabalhadores da saúde, em explícito, por meio da identificação de experiências empiricamente qualificadas como exitosas. A finalidade é produzir conhecimento de forma sistematizada para compartilhá-lo entre gestores e profissionais de saúde para que tenham acesso às soluções inovadoras visando o aprimoramento dos processos de trabalho e otimizando os resultados em saúde.

O Laboratório de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS) foi idealizado com o objetivo de identificar, sistematizar e disseminar o conhecimento e as inovações produzidas e vivenciadas no território entre gestores, trabalhadores da saúde e dos demais setores, representantes da sociedade civil e outros atores sociais. Está inserido no contexto de transformação e de construção do conhecimento da qualificação do cuidado em alimentação e nutrição, da garantia do direito à saúde e à alimentação adequada sem deixar ninguém para trás.

Convido vocês para a leitura deste documento que sistematiza as experiências inovadoras em Alimentação e Nutrição na APS, uma iniciativa da OPAS/OMS no Brasil, Ministério da

Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, em conjunto com profissionais e especialistas no tema, no contexto da cooperação técnica nacional. A expectativa é de contribuir para a ampliação da perspectiva do cuidado em Alimentação e Nutrição e fortalecer as articulações intra e intersetoriais das ações de alimentação e nutrição no território, com foco nas contribuições do SUS para a garantia da segurança alimentar e nutricional.

Dra. Socorro Gross  
Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/  
Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

# APRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do final da década de 1990 acompanhou o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, impulsionado pela expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente pelo modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As características fundamentais da ESF tensionam o desenvolvimento de novos repertórios de práticas e tem contribuído ao longo dos 25 anos da PNAN para o aperfeiçoamento das ações clássicas implementadas no âmbito da chamada “nutrição em saúde pública”, desenvolvida no contexto antes do SUS e fortemente marcada por procedimentos de vigilância alimentar e nutricional atrelada à suplementação alimentar do público materno-infantil.

A ampliação e qualificação das práticas de cuidado relacionadas à alimentação e nutrição no cotidiano de trabalho de todos os profissionais da ESF, seguem como desafios frente ao complexo cenário de má nutrição no Brasil e sua relação com a insegurança alimentar nos territórios e o desenvolvimento de outras doenças e agravos à saúde.

Promover o reconhecimento e a divulgação de experiências realizadas em diversos contextos das regiões e estados brasileiros que visam superar esses desafios constitui-se

como importante estratégia para estimular a ressignificação de práticas e novos arranjos assistenciais para indivíduos, famílias e comunidades no âmbito da APS.

Espera-se que esta produção, fruto do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na APS, inspire reflexões e novas práticas sobre a questão alimentar e nutricional das populações e territórios, contribuindo para o cuidado integral em saúde e a mobilização social em defesa da promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional.

Kelly Poliany de Souza Alves  
Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição

Gilmara Lúcia dos Santos  
Diretora de Prevenção e Promoção da Saúde

Felipe Proenço de Oliveira  
Secretário de Atenção Primária à Saúde  
Ministério da Saúde

## RESUMO EXECUTIVO

# LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esta publicação tem como objetivo apresentar experiências que foram consideradas inovadoras, identificadas a partir de um amplo e participativo processo de mapeamento de ações de Alimentação e Nutrição (A&N) na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta iniciativa foi orientada pela expertise da Organização Pan-Americana da Saúde no desenvolvimento de Laboratórios de Inovação. Ao todo, 101 iniciativas estão reunidas na página do LIS A&N na APS (<https://apsredes.org/lis-an-aps/>), e as dez selecionadas estão apresentadas de forma mais detalhada neste livro.

É sabido que a APS pode desempenhar papel relevante no alcance do direito à saúde, alimentação e nutrição. A constatação de que este é um ponto da Rede de Atenção à Saúde que no Brasil tem sido responsável por identificar e acolher pessoas que convivem com diversas formas de má-nutrição - carências nutricionais, desnutrição, sobrepeso e obesidade - e de insegurança alimentar, deve dar a este *locus* de atuação um tom de prioridade. Desta forma, considerando o atual cenário político e epidemiológico do país, optou-se pela inclusão de capítulos teórico-práticos que analisam o conjunto das experiências selecionadas pelo LIS e

apontam reflexões críticas, possibilidades de aprofundamento e sugestões de superação de obstáculos e a qualificação das práticas.

O livro possui duas partes. A primeira, intitulada “O Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde”, inicia-se com o capítulo “Caminhos metodológicos do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde”, que tem como objetivo apresentar a trajetória do LIS A&N na APS, incluindo seus objetivos, metodologias empregadas e resultados alcançados. Na sequência, são apresentadas as experiências selecionadas no LIS A&N na APS, organizadas segundo os eixos que as compõem.

No Eixo 1, Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS, são apresentadas três experiências, a saber: Alimentação saudável, o combustível da dança; Gastronomia Comunitária e “Vem que eu te ensino a cozinhar”: Projeto Cozinha Bragança como estratégia de educação alimentar e nutricional.

No Eixo 2, Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS, é apresentada uma experiência, a “Terraterapia”: uma experiência do cultivo orgânico promovendo consumo alimentar saudável e bem estar mental.

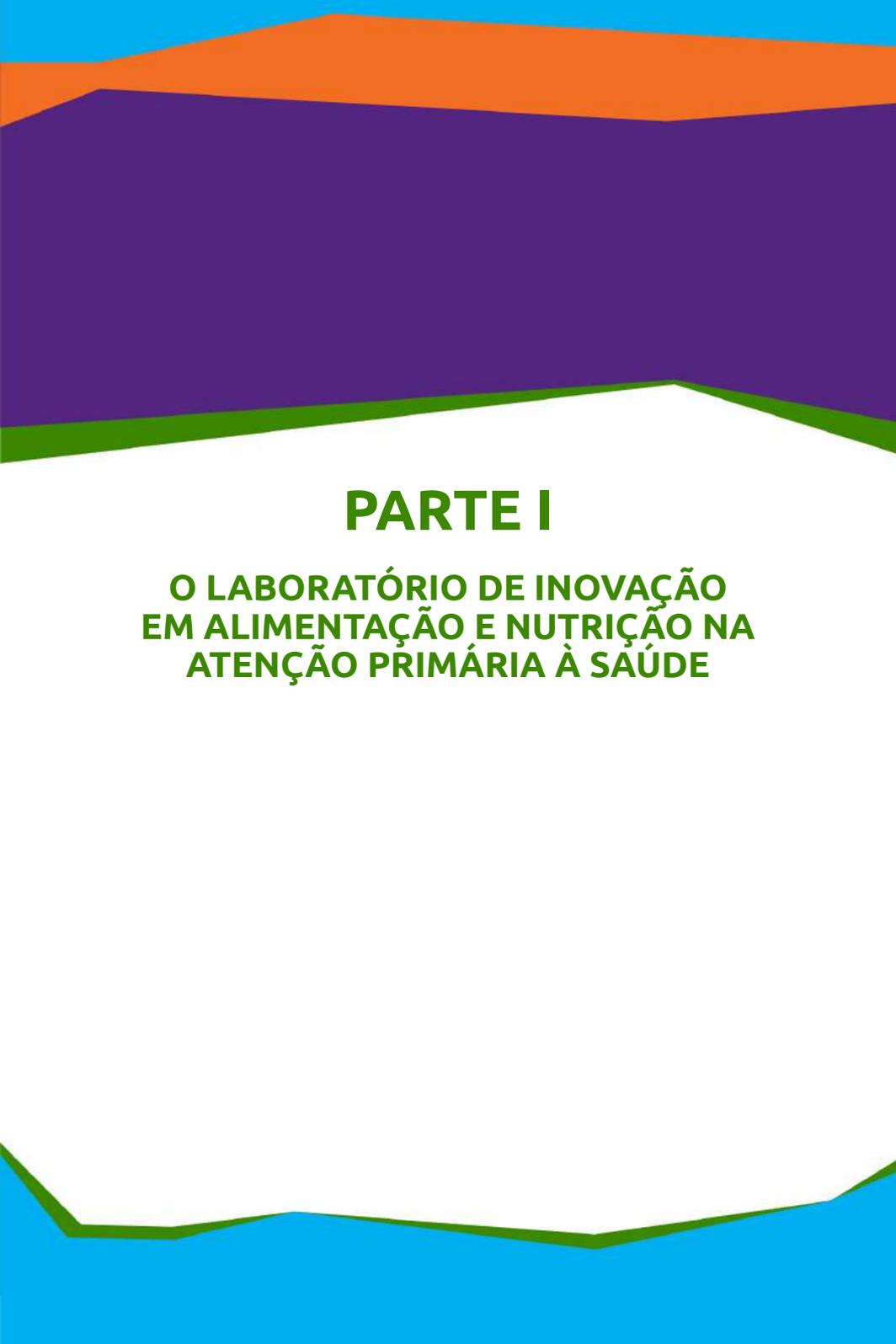
No Eixo 3 de Gestão, monitoramento e avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS, são apresentadas três experiências, são elas: Diagnóstico da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos municípios de Pernambuco; Intersetorialidade e cruzamento de sistemas de informação no Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí/SC e Melhorias nas ferramentas de trabalho para obtenção de informações e alcance de metas/CMAN na Saúde.

E, por fim, no Eixo 4, Segurança Alimentar e Nutricional no território, são apresentadas as seguintes experiências: Articulação Intersetorial entre Atenção Primária à Saúde e o Programa Hortas Cariocas da Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Clima para fortalecer a Segurança Alimentar e Nutricional; Catrapoa e Catrapovos; e Guia Municipal de identificação da Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde na Cidade Mãe de Sergipe.

A segunda parte do livro, intitulada “Aprendendo com as experiências e olhando para o futuro”, tem como objetivo produzir reflexões e apontar caminhos a partir do olhar para as experiências sendo composta por sete capítulos: (1) Fortalecimento do cuidado em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde: desafios, possibilidades e caminhos para avançarmos; (2) A cozinha como espaço para o cuidado: o protagonismo das mulheres negras e das comunidades quilombolas; (3) Diálogos entre a agroecologia e a atenção primária à saúde: (sus)tentando relações de solidariedade para mudanças necessárias; (4) Educação permanente em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde: sobre cotidianos, seus tempos e possibilidades; (5) Gestão, planejamento e monitoramento em alimentação e nutrição: ferramentas para a ação; (6) Promoção da segurança alimentar e nutricional no âmbito da APS: possibilidades e desafios; e (7) Perspectivas para as práticas de cuidado em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde a partir da gestão federal.

A publicação reúne em cerca de 390 páginas contribuições de profissionais de saúde, pesquisadores e técnicos que apontem horizontes para qualificação da A&N na APS nos municípios brasileiros.





# **PARTE I**

**O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO  
EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



# Capítulo 1

## CAMINHOS METODOLÓGICOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Laura Brandão  
Juliana Pereira Casemiro  
Carolina de Oliveira Coutinho  
Amanda Bastos de Oliveira  
Luisete Bandeira

### **Laboratórios de Inovação em Saúde**

Os Laboratórios de Inovação no setor público são unidades em crescimento em todo o mundo, que adotam métodos experimentais para lidar com questões sociais, surgindo como estratégia para aumentar a capacidade de inovação na gestão pública (Tõnurist; Kattel; Lamber, 2017). Segundo Acevedo e Dassen (2016), tais laboratórios são capazes de incentivar a experimentação, cocriação, geração e uso de dados, atuando como um mecanismo para modernizar e inovar a administração e as políticas públicas de maneira geral.

Os Laboratórios de Inovação podem apresentar diversas e distintas perspectivas de análise e adoção nas organizações. Nessa direção, Mulgan (2014) indica algumas categorias, a saber: (a) baseados em experiência; (b) baseados em organização; (c) orientados a processos; (d) dirigidos a financiamento; (e)

compreendidos em incubadoras/aceleradores. Além disso, podem ser definidos a partir dos seus campos de atuação, tais sejam: educação, saúde, segurança, dentre outros.

De acordo com o estudo de Sano (2020), uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória e descritiva, que visou compreender como os laboratórios contribuem para a inovação no setor público, essas iniciativas têm avançado, pois, além de identificarem problemas e gerarem ideias, também são capazes de promover a implementação dessas soluções. Nessa perspectiva, os Laboratórios de Inovação em Saúde (LIS) são uma ferramenta de gestão do conhecimento, com a capacidade de transformar o conhecimento tácito, resultado da vivência e da expertise dos trabalhadores e profissionais da saúde, em conhecimento explícito. O objetivo é potencializá-lo ao dar visibilidade a experiências significativas e exitosas, que oferecem respostas inovadoras para os problemas de saúde do país, diante de gestores, trabalhadores, pesquisadores, políticos, representantes da sociedade civil e outros atores envolvidos no tema (Tasca *et al.*, 2019).

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS/OMS) desenvolve os LIS no Brasil desde 2008, com o objetivo de identificar, sistematizar e divulgar experiências significativas que possam auxiliar em melhorias nos processos de trabalho e na oferta de serviços de saúde, desenvolvidas no âmbito da gestão, atenção e da formação do Sistema Único de Saúde (SUS). As soluções inovadoras almejadas são aquelas que se concentram em gerar respostas a problemas reais, produzidas localmente por meio da iniciativa e criatividade de

profissionais e gestores, proporcionando benefícios evidentes e significativos para grupos, sociedades ou organizações. Dessa maneira, almeja-se que os LIS se tornem referência para a troca de conhecimentos e experiências entre diferentes atores do SUS no Brasil, além de disseminarem as experiências brasileiras bem-sucedidas para outros países.

Sob essa compreensão, no mês de outubro de 2023 foi lançado o Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS A&N na APS) por meio de uma chamada pública. Pretendeu-se gerar conhecimentos de forma ascendente e envolvendo outros setores sobre abordagens teóricas, estratégias metodológicas, programas e ações que contribuam com a qualificação e ampliem a perspectiva do cuidado em Alimentação e Nutrição (A&N), em consonância com os atributos da APS.

## **O Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**

O LIS A&N na APS é fruto de uma iniciativa formalizada por meio da Carta Acordo denominada “A organização da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde: estratégias para o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição em âmbito local”, firmada entre Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral do LIS A&N na APS consistiu em identificar, selecionar e divulgar experiências inovadoras em A&N. Dessa maneira, almejou-se, por meio da iniciativa, inspirar práticas de A&N que promovessem um agir crítico sobre a questão alimentar e nutricional das populações e territórios, contribuindo, inclusive, para a mobilização social em defesa da promoção da saúde, do direito humano à alimentação adequada e saudável e da segurança alimentar e nutricional (SAN).

Para tanto, foram elaborados quatro objetivos específicos a saber: (1) construir um acervo de acesso público e gratuito *on-line* com experiências inovadoras em A&N para a APS do futuro; (2) disponibilizar informações baseadas nas experiências que possam subsidiar a implementação de políticas públicas de base comunitária e territorial; (3) promover iniciativas que ampliem a perspectiva do cuidado em A&N em consonância com os atributos da APS e com as propostas da Matriz para a Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS; e, por fim, (4) fortalecer a perspectiva intra e intersectorial das ações de A&N, com foco nas contribuições do SUS para a SAN.

A perspectiva de inovação adotada no âmbito deste laboratório abarcou a valorização de iniciativas locais – tais sejam, abordagens teóricas, estratégias metodológicas, programas e ações de cuidado, educação permanente, gestão – que respondessem aos impasses do campo da A&N na APS, buscando caminhos que valorizem a criatividade, criticidade e reflexividade. Ademais, como ponto central, tais iniciativas deveriam contribuir com o fortalecimento dos atributos da APS e estar em consonância com os elementos constituintes

da “Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde” (Brasil, 2022).

Destaca-se que o reconhecimento da Matriz como instrumento orientador do LIS A&N na Atenção Primária à Saúde (APS) decorre do seu entendimento como um conjunto organizado de elementos ou informações resultantes de um aprendizado coletivo. Esse aprendizado, fruto da experimentação de práticas no âmbito da gestão e da atenção à saúde, contribui para a resolução de problemas, com o objetivo de fornecer bases que apoiem a estruturação desses cuidados nos diversos territórios cobertos pela APS no Brasil. Ainda, nela são apresentadas perspectivas e orientações sobre a responsabilidade e a abordagem das práticas de cuidado, além de um conjunto de recomendações de práticas que consideram as singularidades de diferentes sujeitos que devem ser acolhidos pela APS (Brasil, 2022).

Além disso, destacou-se como questão primordial a contribuição das experiências para o fortalecimento dos atributos da APS, compreendendo que isso possibilita a ampliação da abrangência das práticas. Essas práticas incluem um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e comunitárias voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

Parte-se do pressuposto de que a produção de cuidados em saúde não depende exclusivamente do conhecimento científico, pois a esse se somam os saberes adquiridos no dia a dia do trabalho, na experiência clínica vivida e conectada

às condições específicas de sua realização. Nesse processo, um conhecimento mais genérico é reelaborado e adaptado à situação ou ao contexto em que se transforma em ação, exigindo e gerando criatividade e reflexividade – mais do que simples padronizações. Logo, reconhecendo as práticas de saúde como parte das práticas sociais, todo profissional da saúde pode atualizá-las em seu cotidiano, produzindo inovações, ainda que se trate de uma operação predeterminada, e ainda que haja limites em relação às possibilidades de sua execução pelos recursos existentes nos serviços de saúde.

Assim sendo, partindo-se da compreensão de que a construção do “melhor modo de fazer” se dá entre os sujeitos que interagem no cotidiano de cada território (Brasil, 2017) e considerando-se as dificuldades envolvidas no desenvolvimento de práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e criativas em meio aos contrastes e às desigualdades sociais que interferem na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável e da SAN, entendemos como necessário e estratégico promover a troca de experiências sobre práticas de A&N na APS.

Dessa maneira, objetivou-se, por meio do LIS A&N na APS, identificar experiências empiricamente qualificadas como exitosas com o objetivo de produzir conhecimento de forma sistematizada para o compartilhamento com profissionais de saúde e gestores. Nesse sentido, as experiências selecionadas têm o potencial de contribuir para o fortalecimento dos atributos da APS, por favorecer o reconhecimento de soluções, perspectivas e estratégias locais voltadas à resposta aos diversos desafios inerentes às ações de A&N na APS.

## **Metodologia de construção do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**

### *Estrutura organizacional do LIS A&N na APS*

Para o seu desenvolvimento, o LIS A&N na APS contou com uma comissão organizadora, uma secretaria executiva e com comitês consultivo e avaliativo, os quais tiveram importantes papéis na condução das atividades. Assim, o delineamento e a consolidação da estrutura do LIS A&N na APS tiveram como princípio o trabalho coletivo em todas as etapas – desde as iniciais com a elaboração do edital, fichas de inscrição e avaliação, até as etapas finais de avaliação e divulgação das experiências selecionadas.

A comissão organizadora esteve à frente da formalização do laboratório, assim como da supervisão de todas as etapas. A secretaria executiva foi responsável por cuidar da organização de todo o processo de desenvolvimento do LIS, desenvolver materiais de divulgação, realizar o recebimento das experiências inscritas e dar suporte aos participantes e aos membros dos comitês.

O comitê consultivo, composto por representantes da OPAS/OMS, da CGAN-MS e por sete especialistas no tema convidados, atuou no acompanhamento das atividades do LIS A&N na APS ao longo das diferentes fases de seu desenvolvimento – preparatória, operacional e resultados. Os membros deste comitê tiveram como atribuições a participação na definição de prioridades, estratégias, mecanismos de atuação e validação de documentos e instrumentos necessários à organização das atividades do projeto.

Já o comitê avaliativo, foi constituído com a finalidade principal de acompanhar e participar do processo de avaliação das experiências inscritas no LIS. Integraram este comitê 35 avaliadores. Buscou-se selecionar os avaliadores considerando-se a trajetória e as contribuições profissionais na temática, reunindo, assim, profissionais da gestão e assistência atuantes na APS; pesquisadores e docentes, representantes da sociedade civil organizada, de entidades profissionais e instâncias colegiadas.

### *Eixos temáticos*

A organização das experiências em eixos temáticos, definidos no edital de chamamento público do LIS A&N na APS, ocorreu ao longo de todo o desenvolvimento do LIS A&N na APS – desde a etapa de inscrição até a apresentação após a seleção das experiências.

Foram estabelecidos quatro eixos temáticos: Eixo I: Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS; Eixo II: Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS; Eixo III: Gestão, Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS; e Eixo IV: Segurança Alimentar e Nutricional no Território (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos eixos temáticos do LIS A&N na APS

Eixos	Descrição
Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS	As experiências devem abordar o desenvolvimento de ações, iniciativas e estratégias que contribuam com a efetivação dos cuidados relativos à A&N voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos para indivíduos, famílias e comunidades, ofertados em associação a outros cuidados em saúde para garantir atenção integral à saúde no SUS.
Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS	As experiências devem ter em essência o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem. Esses devem ser construídos no cotidiano das equipes da APS, a partir da identificação de problemas enfrentados no dia a dia do trabalho, e com o objetivo de convocar os sujeitos a refletirem a realidade posta e a buscarem soluções criativas para a sua superação, buscando, por conseguinte, a qualificação das ações em A&N.
Gestão, Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS	Se inserem neste eixo experiências que busquem novas formas de gestão, monitoramento e avaliação de ações em A&N na APS, bem como novas ferramentas e processos que objetivem promover articulação e cooperação entre diferentes serviços da rede de atenção à saúde (intra-setorial) e para além do setor saúde (inter-setorial). O monitoramento e avaliação da atenção nutricional na APS podem ocorrer, por exemplo, a partir da análise de estrutura (área física, equipamentos, insumos, recursos humanos), processos (tecnologia e procedimentos aplicados) e resultados (qualidade assistencial e experiência dos usuários e situação de saúde da população), assim como por meio de indicadores já existentes ou construídos a partir das demandas locais.
Segurança Alimentar e Nutricional no Território	Se inserem neste Eixo experiências que envolvam iniciativas, ações e estratégias para a promoção da SAN nos territórios e/ou para rastreamento e monitoramento da IA. A APS, enquanto espaço de primeiro contato entre profissionais de saúde e residentes do território, apresenta enorme potencial de contribuição à garantia da SAN por meio da vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Além disso, ao assumir as funções de ordenação da rede inter-setorial e coordenação equitativa do cuidado à saúde e nutrição da população, a APS tem papel importante no rastreamento e identificação da IA. Quando há falhas na garantia da SAN, cabe a articulação dos cuidados em A&N na rede de atenção à saúde às demais ações de SAN nos territórios – demandando o mapeamento dos equipamentos para a garantia de SAN nesses espaços –, assim como compete ao setor saúde a oferta adequada dos serviços necessários ao tratamento, reabilitação e prevenção de novos agravos.

Fonte: elaboração própria.

## *Processo de inscrição das experiências*

As inscrições das experiências ocorreram pelo Portal da Inovação da Gestão do SUS – APS Redes pelo link <https://apsredes.org/lis-an-aps/>, no período entre 16 de outubro e 20 de novembro de 2023.

As pessoas interessadas preencheram um formulário próprio do LIS A&N na APS para inscreverem suas experiências. Tal formulário solicitava dados relacionados aos(as) autores(as) da experiência; organização/instituição promotora; cidade, estado e região; público participante; local de desenvolvimento; objetivos e princípios relacionados à experiência; etapas de desenvolvimento da iniciativa (identificação de necessidades, diagnóstico, planejamento, metodologias e recursos, avaliação, relevância, possibilidade de adaptação ou desenvolvimento em outros serviços e territórios); relato resumido; documentos, imagens, vídeos e links relacionados, assim como o envio de uma declaração de compromisso, de cessão de direitos autorais para divulgação da experiência e declaração de ausência de conflito de interesses.

No LIS de A&N na APS, foi considerado o potencial conflito de interesses na origem e/ou entre seus proponentes, especialmente quando há associação, filiação ou vínculo com qualquer entidade dos setores industriais envolvidos na fabricação, venda ou distribuição de álcool, pesticidas, tabaco, alimentos, bebidas, medicamentos e produtos relacionados, bem como na prestação de serviços de saúde, ou qualquer afiliada dessas entidades. Somente foram aceitas inscrições de uma única experiência por proponente, por eixo temático e, no caso de

experiências oriundas do setor público, a inscrição deveria ser feita com o aval de seus superiores diretos. As pessoas proponentes para inscrição das experiências poderiam ser:

- Gestores e/ou servidores públicos e profissionais contratados, das esferas federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, que atuem em setores afins à temática (saúde, educação, assistência social, desenvolvimento rural, agricultura e abastecimento e similares);
- Integrantes de coletivos ou de organizações e associações da sociedade civil, organizações não governamentais que comprovem vínculo com a experiência a ser inscrita;
- Integrantes de grupos de extensão e/ou pesquisa em universidades que comprovem vínculo com a experiência a ser inscrita;
- Integrantes de iniciativas livres de conflito de interesses que desenvolvem experiências no setor privado, como, por exemplo, em escolas e ambientes de trabalho;
- Integrantes de povos indígenas e povos e comunidades tradicionais (Decreto n.º 6040/2007).

### *Processo de avaliação das experiências*

Como mencionado anteriormente, a análise e avaliação das experiências inscritas foi realizada por uma comissão composta por especialistas voluntários (as), integrantes do comitê avaliativo.

O desenvolvimento do LIS A&N na APS foi realizado em duas etapas, discriminadas a seguir.

### *Primeira etapa – Eliminatória*

A primeira etapa de avaliação das experiências – eliminatória –, foi realizada pela Secretaria Executiva do LIS A&N na APS e consistiu na análise, triagem e homologação das experiências, considerando-se as regras e condições estabelecidas no edital de chamamento público.

Foram eliminadas nesta etapa de avaliação, as experiências que: a) não possuíam vinculação institucional; b) não se adequavam à proposta e ao objeto do edital (tema e experiência); c) estavam duplicadas ou inscritas em mais de um eixo temático, sendo mantida apenas uma para análise da inscrição; d) apresentaram preenchimento incompleto do formulário de inscrição; e) fossem relatos exclusivamente teóricos ou experiências que não demonstrem aplicação prática, análises e reflexões a partir delas; f) não apresentaram resultados de implementação e/ou indicadores de monitoramento e avaliação; g) apresentaram conflito de interesses na sua origem e/ou de seus proponentes, por meio de associação, filiação ou link com qualquer entidade de setores das indústrias envolvidos na fabricação, venda, distribuição de álcool, pesticidas, tabaco, comida, bebida, medicamentos e produtos relacionados e prestação de serviços de saúde, e qualquer afiliada de tal entidade.

## *Segunda etapa – Eliminatória e classificatória*

Nesta etapa foi realizada a análise das propostas habilitadas na primeira etapa. A comissão organizadora e o secretariado executivo do LIS A&N na APS promoveram encontros virtuais com as(os) avaliadoras(es), quando foram apresentadas informações, com posterior elucidação de dúvidas sobre o edital do LIS, os critérios de avaliação e o formulário para pontuação de cada item e justificativa correspondente.

A avaliação das experiências considerou os critérios de:

- Adequação da proposta aos objetivos e eixos do edital;
- Contemplação de princípios do campo no qual a experiência foi inserida;
- Alinhamento a pelo menos um dos atributos da APS;
- Alinhamento da experiência aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Atenção Básica;
- Adequação da descrição das etapas de desenvolvimento da experiência;
- Possibilidade de adaptação, inspiração ou desenvolvimento da experiência em outros cenários e contextos.

Cada uma das experiências foi avaliada no sistema do portal APS Redes por um par de avaliadores em modelo duplo-cego, ou seja, de modo que cada avaliador(a) não tivesse acesso à avaliação da outra pessoa. Para cada item, foi disponibilizado um espaço para que a pessoa responsável pela avaliação

justificasse a pontuação atribuída. Cada um dos especialistas avaliou de 5 a 10 experiências, número definido previamente pelo(a) próprio(a) colaborador(a).

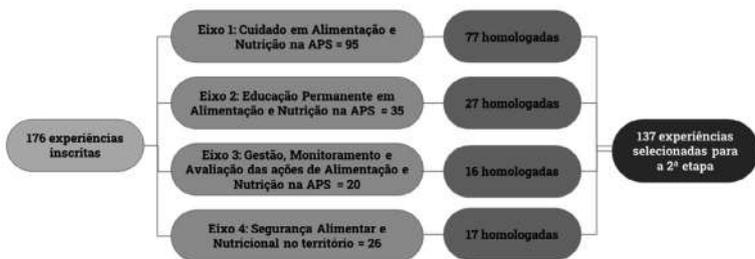
Para serem habilitadas, as propostas deveriam alcançar, a partir da média das duas avaliações recebidas, no mínimo, 147 pontos (70%). Caso alguma experiência inscrita e homologada tivesse autoria de um membro do comitê avaliativo, a secretaria executiva garantiu o seu deslocamento para outras(os) avaliadoras(es) com o objetivo de evitar conflitos de interesses.

## **Resultados do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**

OLISA&N na APS recebeu 176 inscrições de experiências, sendo 95 no Eixo 1 – Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS; 35 no Eixo 2 – Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS; 20 no Eixo 3 – Gestão, Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS; e 26 no Eixo 4 – Segurança Alimentar e Nutricional no território.

Na primeira etapa de avaliação, eliminatória, das 176 experiências inscritas, 39 não foram homologadas, sendo 18 experiências do Eixo 1, 8 experiências do Eixo 2, 4 do Eixo 3 e 9 experiências do Eixo 4. Desta forma, 137 experiências foram selecionadas para a segunda etapa de avaliação. A sistematização da primeira etapa de avaliação pode ser observada na Figura 1.

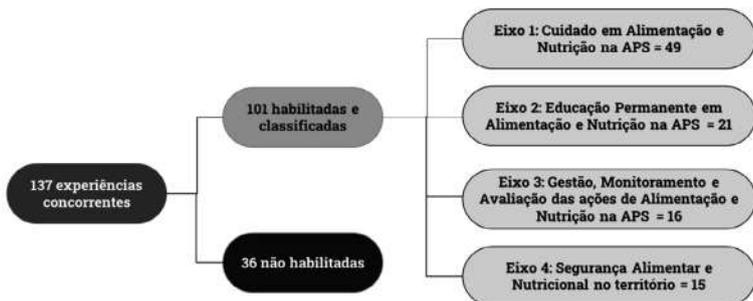
**Figura 1.** Sistematização da primeira etapa do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde



Fonte: elaboração própria.

Já na segunda etapa do LIS – eliminatória e classificatória – foram selecionadas 100 experiências, entretanto, após o período de submissão dos pedidos de reconsideração de resultado, dentre as seis solicitações recebidas, uma experiência teve seu pedido aceito, sendo selecionada para o LIS A&N na APS. Assim, 101 experiências foram habilitadas, sendo: 49 inscritas no Eixo 1 – Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS; 21 no Eixo 2 – Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na APS; 16 no Eixo 3 – Gestão, Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição na APS; e 15 no Eixo 4 – Segurança Alimentar e Nutricional no território. Dessa forma, tendo em vista os critérios estabelecidos, 36 experiências não foram habilitadas na segunda etapa de avaliação. A sistematização da segunda etapa pode ser visualizada na Figura 2.

**Figura 2.** Sistematização da segunda etapa do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde



Fonte: elaboração própria.

Em relação à distribuição regional das experiências selecionadas, 9,90% se localizavam da Região Norte (n=10); 28,71% na Região Nordeste (n=29); 7,92% na Região Centro-Oeste (n=8); 37,62% na Região Sudeste (n=38); 14,85% na Região Sul (n=15); e 1,98% de abrangência nacional (n=2).

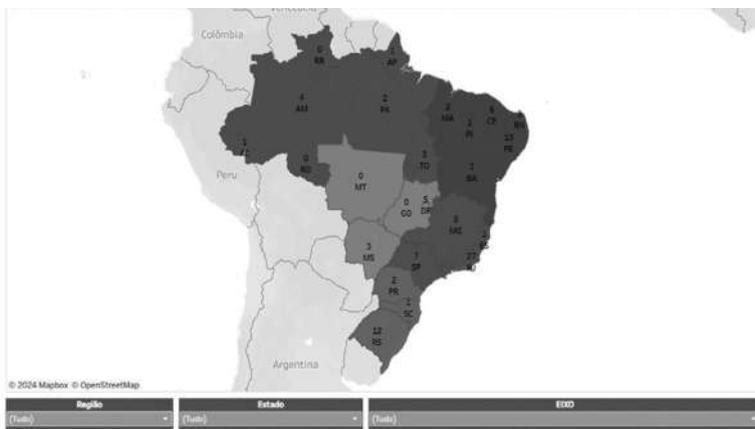
Todas as experiências selecionadas receberam, por e-mail, um certificado de reconhecimento. Além disso, levando-se em conta que dentre os objetivos específicos do LIS A&N na APS estava a construção de um acervo de acesso público e gratuito on-line com experiências inspiradoras em A&N desenvolvidas no âmbito da APS, foi elaborado o Mapa Interativo, disponível na no site APS Redes por meio do link <https://public.tableau.com/app/profile/apsredes/viz/shared/NYRPB6XWQ>, por meio do qual é possível ter acesso a todas as 101 experiências selecionadas no laboratório.

O objetivo desta estratégia é contribuir com o aprimoramento dos processos de trabalho e com o reconhecimento

de soluções, perspectivas e estratégias locais aos desafios inerentes às ações de A&N na APS no país. Acreditamos que visibilizar as experiências selecionadas pelo LIS A&N na APS pode contribuir com o desenvolvimento de novas formas de pensar e fazer o cuidado em A&N em todo o país, com toda a sua diversidade e as suas muitas especificidades, reverses e potencialidades.

Por meio do Mapa Interativo é possível, então, ter acesso a todas as 101 experiências selecionadas no LIS A&N na APS. Ao consultar as experiências no Mapa Interativo, é possível aplicar filtros para a região do país em que a experiência foi desenvolvida, o estado e o eixo temático no qual a experiência foi inscrita. Tais filtros podem ser aplicados em conjunto ou separadamente (Figura 3).

**Figura 3.** Interface do Mapa Interativo do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde



Fonte: elaboração própria.

Se não for aplicado nenhum filtro, logo abaixo do mapa aparecem todas as 101 experiências selecionadas. Caso se opte por utilizar os filtros, as experiências que se encaixam no perfil desejado também são apresentadas abaixo do mapa. Ao clicar no título da experiência, abre-se uma nova aba com um relato resumido da iniciativa, sinalização da região em que foi desenvolvida, além de outras informações: objetivo, procedimentos metodológicos envolvidos em seu desenvolvimento, processo de avaliação da experiência e resultados obtidos. A redação apresentada é de autoria do grupo proponente. Também é possível visualizar as imagens enviadas pelos(as) autores(as) que retratam a experiência, os nomes das pessoas responsáveis pelo desenvolvimento da experiência e o contato de e-mail do autor principal.

Conforme previsto no edital, das 101 experiências selecionadas no LIS A&N na APS e integradas ao Mapa Interativo, dez foram escolhidas para apresentação no XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição (CONBRAN), que ocorrerá em maio de 2024, e para compor os capítulos seguintes deste livro. As experiências selecionadas deveriam estar em diálogo com o conteúdo apresentado pela Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, em consonância com os atributos da APS e buscarem construir caminhos para os desafios inerentes às práticas de cuidado, educação permanente e gestão em A&N na APS. Para tanto, o comitê consultivo e a comissão organizadora do LIS foram responsáveis pela seleção das experiências.

Considerando-se a intenção do LIS A&N na APS em expressar a diversidade regional do país, o secretariado

executivo do laboratório classificou as cinco experiências desenvolvidas em cada uma das cinco regiões do país, que receberam as maiores notas dos avaliadores. A seguir, em reunião *on-line* do comitê consultivo, os seus membros foram divididos em duplas e direcionados a salas independentes da plataforma Zoom. Cada uma das duplas ficou responsável pela análise das experiências desenvolvidas em uma a duas regiões do país e orientada a selecionar duas experiências por região, totalizando, assim, dez experiências.

Cabe destacar que a seleção das regiões/experiências que seriam direcionadas a cada dupla seguiu alguns critérios: os especialistas não poderiam residir ou ter atuado em tais regiões e não deveriam apresentar nenhum tipo de ligação com as experiências que seriam avaliadas. Além disso, cada dupla foi orientada a considerar as seguintes variáveis para apoio à tomada de decisão: distribuição por eixos temáticos, com o objetivo de garantir que experiências inscritas em todos os eixos fossem selecionadas; alinhamento da experiência ao conceito de inovação descrito no edital, tal seja, “iniciativas locais – abordagens teóricas, estratégias metodológicas, programas e ações de cuidado, educação permanente, gestão – que dialogam com o conteúdo apresentado pela Matriz e respondam aos impasses do campo da A&N na APS buscando caminhos que valorizem a criatividade, criticidade e reflexividade.”; a replicabilidade em outros contextos e territórios; e não terem sido selecionadas em outros LIS.

Representantes das dez experiências escolhidas tiveram sua ida ao XXVIII Congresso Brasileiro de Nutrição custeada pela

CGAN/MS, onde foi realizada oficina com as autoras das experiências e uma sessão de apresentação das experiências selecionadas.

A oficina, conduzida por membros da comissão organizadora e da secretaria executiva do LIS, teve como objetivos apresentar questões administrativas e elementos que facilitassem a compreensão do escopo desta publicação, além de aprimorar os relatos das experiências, visando a melhor exposição e entendimento das propostas. A sessão de apresentação e discussão das dez experiências foi mediada por membros da equipe da CGAN/MS, reafirmando a relevância dessas iniciativas para o fortalecimento da A&N na APS (Foto 1) e configurando-se, mais uma vez, como um espaço de troca.

**Foto 1.** Representantes das dez experiências selecionadas no Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde



Fonte: acervo próprio.

Cabe ainda mencionar que durante todas as etapas, o secretariado do LIS produziu e compartilhou conteúdos a fim de informar e auxiliar os proponentes desde o processo de inscrição

até a publicação das experiências. Cards, e-mails, vídeos, tutoriais e oficinas de autores fizeram parte dessa construção.

Findando o relato desse processo tecido a inúmeras mãos, fica o convite para que todas e todos valorizemos as experiências que estamos desenvolvendo no cotidiano do nosso trabalho e os votos para que tenham uma leitura inspiradora, que estimule a criatividade, contribua com a reflexão e, quem sabe, com a transformação de práticas em A&N na APS.

## Referências

ACEVEDO, S.; DASSEN, N. **Innovation for better management**: The contribution of public innovation labs. USA: IADB, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

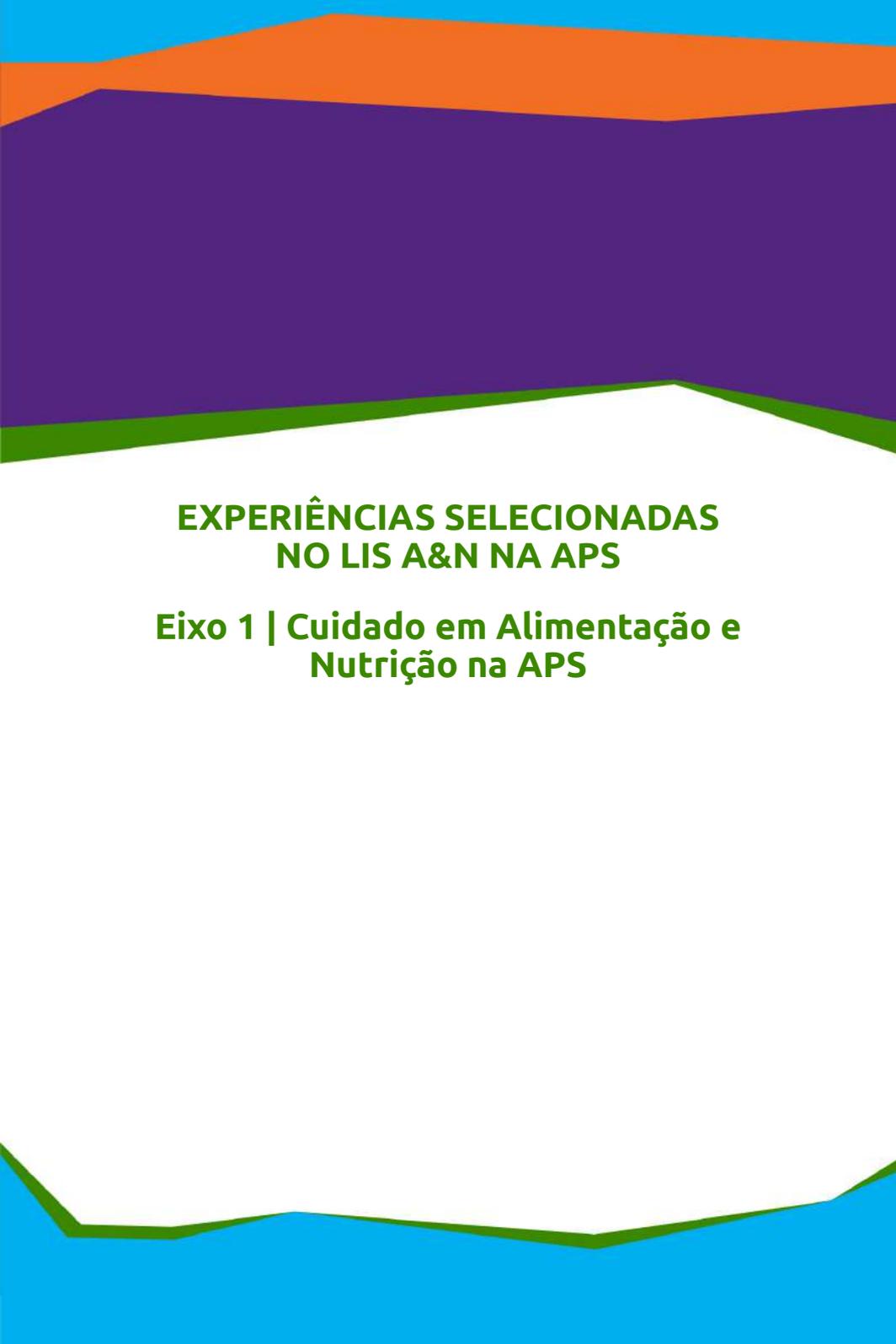
MULGAN, G. **The Radical's dilemma**: an overview of the practice and prospects of Social and Public Labs-Version 1. London: Nesta. 2014.

SANO, H. **Laboratórios de inovação no setor público**: mapeamento e diagnóstico de experiências nacionais. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2020.

TASCA, R. *et al.* Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2021-2030, 2019.

TÔNURIST, P.; KATTEL, R.; LEMBER, V. Innovation labs in the public sector: what they are and what they do?. **Public Management Review**, v. 19, n. 10, p. 1455-1479, 2017.





**EXPERIÊNCIAS SELECIONADAS  
NO LIS A&N NA APS**

**Eixo 1 | Cuidado em Alimentação e  
Nutrição na APS**



# Capítulo 2

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, O COMBUSTÍVEL DA DANÇA

Aluísio Gomes da Silva Júnior  
Ariana de Oliveira Tavares  
Marlom da Silva Rolim  
Thamiris Catão Raybolt  
Clarice Rossi Girão  
Luisa Linhares Borges  
Raquel Sousa Cerqueira Cruz  
Leonardo de Souza Melo  
José Vitor Leal Braga  
Mayara Pereira Pacheco  
Fabiana Prado Priori  
Sayene Garcia Batista  
Ana Lúcia Rosa Gomes Barbosa  
Charles Vasconcelos  
Jorge Luiz Rosa  
Jaqueline Petito Pepe

O despertar desta experiência foi sensibilizar os niteroienses sobre suas condições de saúde, utilizando-se de uma linguagem diversificada capaz de democratizar ações de informação, educação e comunicação em saúde. Assim, as atividades desenvolvidas surgem da parceria pública entre o Programa Médico de Família (PMF), iniciativas culturais e populares de hip-hop e literatura de cordel (grupos “Wolf Crew” e “Experimentalismo Brabo”, respectivamente) e o projeto extensionista da UFF – Observatório da Integração Ensino-Serviços de Saúde do estado do Rio de

Janeiro (OIESS-RJ) – em regiões de maior vulnerabilidade social de Niterói, cujo tema mobilizador foi o incentivo à alimentação saudável entre adolescentes.

## **A Atenção Primária à Saúde em Niterói: notas introdutórias**

A estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Niterói (RJ) remonta ao final dos anos 1970, sendo o município um dos pioneiros na formulação de políticas de saúde voltadas para a consolidação da APS. Esse movimento foi impulsionado por uma conjuntura internacional que defendia a saúde para todos, além das lutas nacionais de movimentos populares e trabalhadores pela redemocratização do país e pela garantia de direitos sociais, incluindo o direito à saúde, com destaque para o Movimento pela Reforma Sanitária. Em 1992, Niterói inaugurou seu primeiro módulo do Programa Médico de Família (PMF) (Teixeira, Monteiro, Miranda, 1999; Silva Junior *et al.*, 2020).

O Programa Médico de Família desenvolve-se pela parceria técnica e científica entre Niterói e Cuba, desenhando-se como estratégia para reformular o modelo tradicional de assistência à saúde (biomédico e hospitalocêntrico) e como mecanismo de promoção da equidade no acesso à saúde pública municipal. Nesse sentido, o PMF nasce para cuidar dos niteroienses que vivem e moram em regiões da cidade em maior risco social e ambiental, orientando-se pela territorialização do cuidado e valorização da participação comunitária. No entanto, coexiste com Unidades Básicas de Saúde, operadas no modelo assistencial tradicional (Silva Junior *et al.*, 2020).

A relação da Universidade Federal Fluminense (UFF), por meio da integração de seus cursos da área da saúde com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal e a população de Niterói, tem desempenhado, desde os anos 80, um papel significativo na construção, inovação e defesa de uma Atenção Primária à Saúde (APS) cada vez mais robusta e resolutiva na cidade, por meio de seus projetos de ensino, pesquisa e extensão (Abrahão *et al.*, 2011; Silva Junior *et al.*, 2020).

Apesar das mudanças pelas quais o programa passou ao longo de seus mais de 30 anos, sobremaneira para sua compatibilização com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – modelo preconizado nacionalmente para o SUS –, cerca de 40 módulos do PMF de Niterói localizam-se em territórios reconhecidamente em situação de vulnerabilidade social e seguem entremeados pela relação entre a UFF e o município. Mais precisamente, por movimentos dessa comunidade universitária pela integração ensino, serviços e comunidade que possibilitem a formação de profissionais de saúde orientada para o fortalecimento do SUS e para a promoção do cuidado integral de indivíduos e coletividades (Abrahão *et al.*, 2011; Silva Junior *et al.*, 2020).

Segundo indicadores produzidos pela gestão municipal, Niterói atingiu 78,8% de cobertura de sua população vulnerável em 2017 com seus 35 módulos do PMF. Para determinar a população vulnerável foram consideradas as Áreas de Especial Interesse Social (AEIS) definidas pelo município, as áreas de maior vulnerabilidade socioespacial (aglomerados subnormais) definidas pelo IBGE e as áreas com vazios sanitários (Niterói, 2018).

Esse dado sugere um movimento de ampliação da cobertura do programa para a população considerada vulnerável, mantido por sua expansão para locais de maior risco social e ambiental da cidade nesses últimos anos. Esse crescimento focalizado em territórios de maior vulnerabilidade social caminha paralelamente a consolidação da ESF como modelo de reorganização da APS. Apesar disso, a capilaridade do programa nesses espaços, aliado à mobilização de estratégias intersetoriais e parcerias interinstitucionais, permitiu a experiência exitosa de Niterói no enfrentamento da Pandemia de covid-19 (Silva Junior *et al.*, 2020).

Neste período pós-pandêmico, Niterói continuou apostando em parcerias públicas intersetoriais para promover o cuidado à saúde da população nos seus serviços da Atenção Primária. Um exemplo que se insere nesse contexto foi a parceria entre as Secretarias de Saúde e Cultura de Niterói, concretizada por meio da chamada pública “Saúde e Cultura” (popularmente conhecida como “Projeto Saúde mais Cultura”), lançada em 2022 (Niterói, 2022).

### **O cuidado na Estratégia de Saúde da Família de Niterói: contribuições do “Projeto Saúde mais Cultura” e do OIESS-RJ/UFF**

O “Projeto Saúde mais Cultura” propunha expandir a experiência exitosa de Niterói com ações entre cultura e saúde mental no cuidado dos niteroienses. Assim, vigorava entre seus objetivos, captar iniciativas da cultura popular da cidade para trabalharem em conjunto à ESF (PMF). Nessa parceria, temas de interesse para o setor saúde deveriam ser trabalhados em conjunto com as iniciativas e grupos artísticos da cidade, utilizando-se

de linguagens diversas que democratizassem a informação, a educação e a comunicação em saúde em busca de melhorias na qualidade de vida da população (Niterói, 2022).

A abordagem sobre alimentação saudável foi um dos temas pré-definidos pelo projeto, inserida no eixo temático de prevenção e promoção da saúde. Essa escolha foi fundamentada no diagnóstico da Secretaria Municipal de Saúde, que identificou as principais causas de morbidade e mortalidade na cidade, orientando as frentes de atuação a serem incentivadas para o cuidado da saúde da população (Niterói, 2022).

Além dessa iniciativa municipal, a relação do Instituto de Saúde Coletiva da UFF (ISC/UFF) é estreitada com a ESF de Niterói em 2021, com a implantação do Internato Médico Obrigatório em Atenção Básica (IOAB) em unidades do PMF da cidade. Junto a isso, o desenvolvimento nessas localidades do projeto de extensão do ISC intitulado “Observatório da Integração ensino-serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro” (OIESS-RJ).

O OIESS-RJ é composto por docentes, técnicos-administrativos e estudantes de diferentes cursos da saúde da UFF (psicologia, serviço social, medicina, farmácia) e, entre suas frentes de atuação, propõe a integração ensino, serviços de saúde e comunidades, estimulando os estudantes extensionistas e os internos de medicina no IOAB a desenvolverem: 1) a capacidade de analisar de forma crítica e reflexiva as situações de saúde dos territórios periféricos e em vulnerabilidade social da cidade, coincidentes, pois, com as áreas adscritas do Programa Médico de Família de Niterói e; 2) o desenvolvimento e execução de práticas de educação em

saúde que possam contribuir com mudanças na realidade sanitária percebida em prol da prevenção e promoção da saúde.

Para o último propósito do projeto, o exercício/desafio principal é desenhar práticas educativas orientadas pelos princípios da Educação Popular em Saúde e que se permitam ser multiprofissionais, intersetoriais e mobilizadoras de atores sociais que vivem cotidianamente a realidade do território em que se quer atuar (Brasil, 2013).

Diante da coexistência desses projetos e suas propostas, ambos presentes no território do PMF Teixeira de Freitas, localizado na zona norte da cidade, a sua coordenadora foi o elo entre essas duas iniciativas e crucial para o desenvolvimento desta experiência, inclusive direcionando qual equipamento público era mais potente para a ação. Mais precisamente, conectou os extensionistas do OIESS-RJ/UFF e os artistas de hip-hop e literatura de cordel para juntos ao PMF desenvolverem o tema da alimentação saudável com adolescentes de uma escola pública estadual de seu território.

A escola, cabe mencionar, foi alternativa à praça pública onde os grupos culturais atuavam, posto que ao longo de 2022–2023, ocorreu um esvaziamento desse espaço pelos adolescentes, dificultando a continuidade das ações. Na Figura 1 foram representados alguns elementos do território onde a ação foi desenvolvida. Destaca-se na representação da área adscrita do PMF Teixeira, as comunidades presentes, compatíveis com a proposta do programa de sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social.

**Figura 1.** Recorte geográfico da área da zona norte de Niterói onde a atividade foi desenvolvida. Niterói, 2024



Fonte: <https://geo.niteroi.rj.gov.br/civitasgeoportal/> – Portal de georreferenciamento de dados de Niterói, 2024.

A zona norte de Niterói é composta por bairros densamente ocupados e com grande percentual de sua população vivendo em comunidades (favelas). Além disso, é apontada por grupos culturais da cidade como um local carente de espaços, atividades e ações artísticas, dificultando a democratização do direito à cultura às populações periféricas dessa região (Abraão *et al.*, 2011; Observatório das Favelas, 2023).

Diante dessa realidade territorial, durante os encontros e conversas com os atores sociais envolvidos – extensionistas, profissionais de saúde, artistas, a coordenação do PMF Teixeira de Freitas e do Colégio Estadual Embaixador Raul Fernandes (CEERF) –, definiu-se como objetivo geral desta atividade a realização de uma prática de prevenção e promoção da saúde. O foco foi incentivar a alimentação saudável entre adolescentes em maior vulnerabilidade

social da zona norte da cidade, combinando diálogos com intervenções culturais populares.

Os objetivos específicos, por sua vez, foram: fomentar, entre o público adolescente, trocas e reflexões sobre condicionantes para uma alimentação adequada e saudável nesta sociedade, considerando-se ainda o ser adolescente e morador da periferia ou de comunidades da cidade; e trabalhar a importância desse conhecimento para a busca coletiva de cuidados promotores de saúde.

### **Quando alimentação, educação e artes populares se misturam: o desenvolvimento da experiência “Alimentação Saudável, o Combustível da Dança”**

A organização desta experiência iniciou-se com a visita à direção do colégio estadual em outubro de 2023 por integrantes do OIESS-RJ. Esse primeiro contato transcorreu com a apresentação desse projeto e de seus parceiros no território (PMF Teixeira de Freitas e grupos artísticos) para a direção escolar. Mas também buscou conhecer quais temas em saúde o colégio julgava importante trabalhar com o seu público adolescente.

Vários temas foram apontados pela diretora, que sinalizou o tema da saúde sexual e reprodutiva como o de maior interesse desse público. A alimentação não despontou como um tema central nesse encontro, embora a diretora tenha se revelado muito receptiva a sediar qualquer atividade sobre saúde na escola.

Destaca-se que o OIESS-RJ havia planejado retornar ao colégio para realizar uma conversa com os adolescentes sobre temas de seu interesse. No entanto, devido aos prazos

estabelecidos pelo “Projeto Saúde mais Cultura” e à proximidade do final do ano e do período de avaliações no calendário escolar, esse encontro não pôde ser realizado. Após o encontro no colégio, em diálogos realizados em outubro de 2023 entre membros do OIESS-RJ, do PMF e dos grupos artísticos envolvidos, cogitou-se a possibilidade de a atividade abordar os temas de sexualidade e alimentação, atendendo a uma demanda do colégio. No entanto, essa ideia foi abandonada, pois compreendeu-se que cada tema possui suas singularidades, e tratar de ambos em um único encontro poderia dificultar o diálogo com os jovens e tornar a atividade extensa e cansativa.

Assim, a definição por trabalhar apenas o tema da alimentação saudável com os adolescentes desta experiência foi determinada por: 1) esse tema estava pendente de ser trabalhado com a juventude do território pelo “Projeto Saúde mais Cultura”, 2) sua relevância para a saúde de escolares da Educação Básica (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018) e 3) a necessidade de aproximação dos adolescentes da APS para, inclusive, promover o cuidado em alimentação e nutrição desse público (Silva; Engstrom, 2020).

Com o tema definido, nas três reuniões do projeto OIESS-RJ/UFF para o planejamento dessa experiência, diversos tópicos relacionados à alimentação foram discutidos pelos extensionistas para orientar a atividade. Entre eles, destacaram-se dietas da moda, alimentos saudáveis e não saudáveis, ambiente alimentar, propaganda de alimentos e nutricional. Esses temas foram pensados considerando a realidade dos adolescentes que vivem em territórios periféricos da cidade de Niterói. O resultado dessas reuniões foi a criação de uma atividade que proporcionasse

um primeiro diálogo sobre alimentação de forma prazerosa e conectada ao cotidiano dos adolescentes, tanto dentro quanto fora da escola. A partir disso, surgiu a pergunta norteadora: “Que alimentos você adora comer?”. Com base nas respostas dos estudantes, o planejamento incluiu uma reflexão sobre o que determina nossas escolhas alimentares na sociedade atual e a importância desse diálogo para promover uma ação coletiva no enfrentamento das dificuldades de acesso contínuo e permanente a uma alimentação saudável e adequada.

Essa proposta foi apresentada aos grupos artísticos envolvidos e a coordenação do PMF, sendo acolhida por eles. O grupo “Experimentalismo Brabo” comunicou que faria um cordel para o dia da atividade. Após isso, combinou-se com o colégio qual seria o público, o dia e o horário da atividade, ficando definida a participação da turma do 9º ano do Ensino Fundamental no dia 31 de outubro de 2023 às 10h da manhã, cuja duração estimada seria de duas horas.

Na manhã do dia 31 de outubro, uma sala de aula foi disponibilizada para a realização da atividade. Estiveram presentes, entre os organizadores, seis extensionistas do projeto OIESS-RJ (acadêmicos de serviço social e psicologia, nutricionista e técnico em assuntos educacionais da UFF), três profissionais do PMF (dois agentes comunitários de saúde e um dentista), três artistas (dois do grupo de hip-hop e um do grupo de literatura de cordel) e um profissional do colégio, totalizando 13 pessoas. Dos adolescentes do colégio, dez estudantes de ambos os sexos com idades entre 13 e 16 anos. A atividade teve a presença também de cinco estudantes dos anos iniciais do curso de Medicina

da UFF, convidados pela coordenação do PMF Teixeira para acompanharem essa experiência por estarem desenvolvendo atividades acadêmicas nesta unidade.

Uma sistematização das intervenções programadas pelos organizadores desta experiência foi desenhada: 1) leitura do cordel pelo grupo “Experimentalismo Brabo”; 2) desenvolvimento de dinâmicas para instigar diálogos sobre alimentação saudável e adequada pelos extensionistas do OIESS-RJ, e 3) roda de rimas com o grupo de hip-hop, aproveitando palavras do diálogo sobre alimentação saudável, terminando com passos de hip-hop e música para todos dançarem juntos.

Por volta das 10h30, a atividade foi iniciada. Primeiro os grupos artísticos apresentaram o tema da atividade e foi feita a leitura do cordel, cujo trecho segue abaixo:

[...] Dançar é arte e cultura/ Uma nobre atividade/  
Mandrakeando na pista/ Ou na coletividade/ No charme,  
funk, e no break/ É preciso habilidade/ Mas hoje temos  
missão/ Pra geral ficar ligado/ É um papo sobre saúde/  
Que nos foi determinado/ Junto com grupo certo/  
Muito bem qualificado/ Profissionais, estudantes/ Da  
nossa universidade/ UFF que é o orgulho/ Da nossa bela  
cidade/ Estão aqui com empenho/ Pra nossa felicidade/  
Falar de dança combina/ Com alimentação saudável/  
Saber o que bem comer/ Traz benefício palpável/  
Melhora ritmo e ação/ O passinho é agradável [...]  
(Experimentalismo Brabo, 2023).

Às 10h40, ajustamos as cadeiras para ampliar o espaço na sala de aula e iniciamos dinâmicas para dialogar sobre alimentação saudável e adequada, como segue:

1. os profissionais do PMF, os estudantes de medicina e os adolescentes foram organizados em fileiras para responder à pergunta: “Que alimentos você adora comer?”. Estimulados a responder rapidamente, o objetivo era identificar os alimentos presentes na vida dos participantes e observar se o tempo disponível influenciava suas escolhas alimentares.;
2. A partir dos alimentos listados, foi iniciado um diálogo sobre o tempo dedicado às escolhas alimentares, o perfil dessas escolhas e os motivos por trás delas, envolvendo todos os presentes. Ficou evidente a relação entre a alimentação e a vida dos adolescentes, destacando-se a valorização de momentos em família, como churrascos e pizzas, além de sua preferência por comida de verdade, como frutas e saladas. Nesse momento, a dentista do PMF também aproveitou para apresentar a importância de uma alimentação saudável na promoção da saúde bucal.
3. Ampliando o debate, apresentou-se um vídeo do movimento “comer pra quê?” sobre influências da propaganda na nossa alimentação. Além disso, reflexões sobre disponibilidade e acesso aos alimentos foram disparadas por leitura de encartes de supermercado e identificação de feiras livres no território. A renda como determinante do acesso aos alimentos, dúvidas sobre dietas veiculadas em mídias sociais, os nutricionistas como profissionais inacessíveis para todos os públicos e a dificuldade de resistir aos refrigerantes disponíveis

no domicílio foram destacados pelos adolescentes nesta etapa da atividade;

4. Promoveu-se uma degustação às cegas de frutas na safra pelos adolescentes, dialogando sobre qualidade nutricional, sensorial, disponibilidade e acesso desses alimentos no seu período de safra. Incentivou-se nesta etapa o consumo da jaca, amplamente disponível em árvores frutíferas localizadas em locais públicos daquele território (e em residências de alguns estudantes, como mencionado por eles) no mês de outubro;
5. Ao fim, saladas de frutas preparadas pela nutricionista da UFF foram ofertadas a todos os presentes para incentivar o consumo alimentar saudável antes do hip-hop.

Por volta das 11h30, o grupo de hip-hop realizou um “quiz” sobre o papel dos macronutrientes (carboidratos, lipídios e proteínas) na prática da dança, ressaltando a importância de uma alimentação equilibrada para o desempenho físico. Eles também convidaram os adolescentes a criar rimas sobre o tema, mas, devido à timidez, a participação foi limitada. No entanto, ao serem convidados a experimentar os passos de dança de hip-hop, em pouco tempo todos se envolveram ativamente. A atividade terminou por volta das 12h. Registros fotográficos desta experiência constam no Mapa Interativo do Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na APS pelo link: <https://apsredes.org/eventos/lis-an-nu-aps/alimentacao-saudavel-o-combustivel-da-danca/>.

Os integrantes do OIESS-RJ encerraram a ação agradecendo à direção do colégio pela parceria e aproveitaram

a oportunidade para solicitar uma avaliação da atividade, considerando a falta de tempo para conduzir essa avaliação diretamente com os adolescentes. A direção destacou o envolvimento dos estudantes, observando que, apesar de estarem em horário vago naquele dia, eles permaneceram na escola e participaram ativamente até o final da atividade.

## **Cuidado em alimentação e nutrição de adolescentes na APS: desafios e potencialidades**

Os cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma abordagem emancipatória e promotora de saúde, devem desestimular relações hierárquicas entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. É necessário se opor a atitudes que valorizem a supremacia do saber profissional em detrimento dos saberes populares e combater práticas discriminatórias, preconceituosas e desconectadas dos projetos de vida e felicidade dos usuários (Brasil, 2018; 2022). Os encontros entre esses atores sociais na APS devem promover um pensamento e uma ação compartilhados e inovadores, que incentivem o protagonismo dos sujeitos na luta pela sua própria saúde.

Essa abordagem torna-se imprescindível quando esses sujeitos são adolescentes (Silva, Engstrom; 2020), negras, moradoras de periferias das cidades e em situação de maior vulnerabilidade social (Rede PENSSAN, 2023). Assim como, as práticas educativas em saúde orientadas pelos princípios da educação popular (Brasil, 2013) tornam-se fundamentais enquanto estratégia para mobilização e resistência da classe

trabalhadora ao modelo societário atual de produção de adoecimentos e sofrimentos.

Nesse cenário, a experiência aqui relatada, embora tivesse potência para construir maior integração intersetorial e multiprofissional entre seus organizadores e promover maior protagonismo dos adolescentes no planejamento, execução e avaliação, o tempo disponível para todo esse processo foi curto, apenas um mês entre o planejamento e a execução da atividade. Dessa maneira, é imperativa a necessidade de ampliação do tempo dispensado para a programação de práticas educativas em saúde integradas e que favoreçam a troca de conhecimentos e o aprendizado mútuo entre todos os envolvidos.

A despeito dessas fragilidades, considerou-se participativo o desenvolvimento desta experiência, pois diferentes atores sociais puderam dividir e compartilhar suas percepções e dúvidas sobre alimentação saudável e adequada.

Os artistas abordaram como a alimentação saudável favorece a prática da dança e como essa combinação pode ser transformada em literatura de cordel. Estudantes e profissionais da universidade, por sua vez, aprenderam, através do diálogo com os adolescentes, que estes possuem um entendimento claro do ambiente alimentar ao qual estão expostos. Além disso, perceberam que o papel da universidade inclui apoiá-los na transformação desses ambientes, visando à democratização do acesso a alimentos saudáveis.

Os profissionais de saúde do PMF conseguiram estabelecer um diálogo com um grupo de adolescentes de seu território, buscando superar o estigma de que os cuidados em

alimentação e nutrição só são necessários quando já existe um problema alimentar. Nesse processo, os profissionais ouviram dos adolescentes que essa percepção surge devido ao acesso limitado a uma abordagem mais ampla sobre alimentação e nutrição em seu contato com a APS.

Percebeu-se bastante envolvimento e disposição dos adolescentes durante todas as ações propostas nesta experiência. Olhares surpresos, dúvidas e posicionamentos expostos a cada dinâmica e a satisfação de estar dançando hip-hop em um dia habitual e dentro da sala de aula merecem destaque. Dos relatos dos profissionais, estudantes universitários, direção do colégio e artistas, o entendimento da realização de uma experiência positiva, que revelou a possibilidade e a potência de diálogos com o público adolescente. Inclusive quando o tema é a alimentação saudável, sobretudo desenvolvido por diferentes linguagens e atores sociais do território (Brasil, 2022).

A experiência deixou como legado a necessidade de uma maior integração entre ensino, serviços e comunidade, além de fortalecer parcerias intersetoriais, o protagonismo juvenil e a educação popular entre diferentes sujeitos sociais de um mesmo território. Esse processo visa promover um cuidado emancipatório e a defesa do direito humano à alimentação adequada e saudável para adolescentes e jovens no contexto cotidiano da APS.

## **Apontamentos finais**

Essa experiência evidenciou a necessidade de intensificar abordagens participativas, dialógicas e intersetoriais sobre

alimentação e nutrição com adolescentes nos territórios onde vivem e se relacionam. Além disso, revelou a potência da diversificação de linguagens na comunicação em saúde, criando conexões mais profundas com os projetos de vida e felicidade dos adolescentes.

O movimento para “além dos muros da universidade e dos módulos do PMF pode, progressivamente, romper com o afastamento dos adolescentes dos serviços de saúde, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade social. Esse processo também contribui para a formação de profissionais de saúde no SUS, promovendo uma atenção mais integral e focada nas necessidades do público adolescente na Atenção Primária.

## Referências

ABRAHÃO, A. L. *et al.* A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 435-440, jul. 2011.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)). Acesso em: 09 maio 2024.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 773-789, 2018.

NITERÓI. Caderno de Indicadores 2018. Disponível em: <https://observa.niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/2023/11/Caderno-de-Indicadores-2018>.

pdf. Acesso em: 07 maio 2024.

NITERÓI. Edital saúde e cultura, 2022. Disponível em: <https://culturaeumdireito.niteroi.rj.gov.br/edital-saude-e-cultura>. Acesso em: 10 maio 2024.

OBSERVATÓRIO DAS FAVELAS. A cultura periférica resiste e reinventa-se nas periferias e favelas de Niterói. **Observatório de favelas**, 31 de maio de 2023. Disponível em: <https://observatoriodefavelas.org.br/a-cultura-periferica-resiste-e-reinventa-se-nas-periferias-e-favelas-de-niteroi/>. Acesso em: 09 maio 2024.

REDE PENSSAN. **Insegurança e desigualdades de raça/cor da pele e gênero**: II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: Suplemento II. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2023. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2023/06/OLHERacaEGenero-Diag-v7-R05-26-06-2023.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. **APS em revista**, v. 2, n. 2, p. 128-136, 9 jun. 2020.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190548, 2020.

TEIXEIRA, S. C. S.; MONTEIRO, V. DE O.; MIRANDA, V. A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 147-155, jan. 1999.

# Capítulo 3

## GASTRONOMIA COMUNITÁRIA

Fernanda Farias  
Cláudia Moreira  
Lauanda Amorim

### Introdução

A *diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica e multifatorial decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, resultando em taxas aumentadas de açúcar no sangue (hiperglicemia). Ela pode se apresentar de diversas formas: Tipo 1 (sendo de 5 a 10% das pessoas com a doença), Tipo 2 (representando 90% dos casos de DM), gestacional ou como pré-diabetes (SBD, 2023).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem, atualmente, no Brasil, mais de 15 milhões de pessoas vivendo com a doença, representando 6,9% da população nacional (SBD, 2023). No Distrito Federal (DF), entre os usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), aproximadamente 115.382 convivem com a patologia.

O tratamento correto da DM envolve manter uma vida saudável, evitando diversas complicações que surgem em consequência do mau controle da glicemia, como retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas. Dessa forma, pessoas com DM ou com história familiar de DM devem

procurar manter o peso adequado e buscar alimentar-se de forma saudável (SBD, 2023).

Tal tratamento é extremamente desafiador, sendo muito comum, ainda hoje, vermos pessoas com diabetes que já são acompanhadas pelos serviços de saúde, mas não conseguem controlar seus níveis glicêmicos, assim como usuários que utilizam medicamentos por anos sem qualquer perspectiva de alta. Nessa direção, há de se considerar obstáculos que dificultam o tratamento, em especial aqueles relacionados à manutenção de uma alimentação saudável: custos dos alimentos, bem como sua oferta e acesso, a redução da transmissão das habilidades culinárias entre as gerações, além de influências negativas importantes relacionadas com as mídias atuais (Brasil, 2014).

A partir da reflexão sobre esses obstáculos, entendemos que o trabalho em grupo pode ser importante instrumento para auxiliar no resgate da abordagem integral do indivíduo, na medida em que favorece uma reflexão conjunta não só sobre a alimentação, mas também sobre os modos de vida de seus participantes (Sauer *et al.*, 2018).

Cabe salientar que antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo biomédico predominava nos cuidados em saúde pública no Brasil, com a atenção voltada para a doença e foco curativo. Esse modo de ver o processo saúde-doença, não só fragmentava o corpo humano, como deixava de considerar o ser humano em sua totalidade (Maeyama; Cutolo, 2010).

Em 1988, o SUS é criado, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado e tendo como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização,

hierarquização e controle social. Nessa lógica de entendimento ampliado de saúde, a Lei n.º 8.080/90 – que regulamenta a disposição constitucional que concedeu a saúde como um direito social, criando o SUS –, versa sobre o conceito de integralidade apresentando-o com maior amplitude. Tal lei enuncia a integralidade como a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema de saúde, caso necessário, assim como de integrar ações preventivas com as curativas no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde.

Outras definições posteriores ampliaram o conceito de integralidade, direcionando-as para sua materialização no cotidiano das práticas de modo que hoje, o princípio da integralidade se relaciona a uma perspectiva distinta da medicalização de base biomédica dos problemas de saúde. Entretanto, sabemos que a integralidade em saúde alcançou maior desenvolvimento no plano das políticas, mas que, em contrapartida, as proposições reformadoras das práticas profissionais não apresentaram o mesmo amadurecimento (Carnut, 2017).

Nessa direção, os grupos favorecem uma escuta ampliada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual. Além disso, os grupos na APS têm o objetivo de promover ações educativas, de aprendizagem sobre como conviver com a doença ou situação atual e alteração em seus hábitos. Eles possuem uma característica muito importante de troca de experiências, tornando-se um espaço onde as pessoas possam falar sobre a vivência do adoecimento ou condição de vida e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano, criando novas formas de superação dos obstáculos (Brasil, 2010).

Nesse contexto, o cuidado nutricional é uma das partes mais desafiadoras do tratamento da DM, com impacto decisivo na obtenção e na manutenção do controle glicêmico. Esse manejo deve ir muito além da simples prescrição alimentar, contemplando também os aspectos comportamentais e o contexto sociocultural em que os usuários estão inseridos. O indivíduo deve estar no centro do cuidado, considerando sua disposição, limitações e recursos. As recomendações devem ser adaptadas às preferências e possibilidades de cada pessoa, promovendo uma tomada de decisão conjunta que respeite e valorize o protagonismo do usuário no processo de cuidado (Ramos *et al.*, 2023).

E foi nesse contexto que o nosso projeto se desenvolveu: aliando as orientações nutricionais com foco nas necessidades individuais, mas com olhar ampliado, a intervenções que contemplem ações de aprendizagem e convivência, com o intuito de possibilitar a construção conjunta das soluções necessárias. Dessa maneira, o nosso objetivo foi desenvolver a gastronomia de forma inclusiva e participativa nos atendimentos coletivos destinados às pessoas com alterações na glicemia que são acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e pela equipe multiprofissional (eMulti) de uma Unidade de Saúde.

## **Desenvolvimento**

O projeto foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) n.º 02 da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/

DF), situado à EQN 114/115, no âmbito das atividades com foco em nutrição realizadas pela equipe multidisciplinar (eMulti) (Figura 1).

A eMulti da UBS 2 – Asa Norte é composta por um nutricionista, uma assistente social, um fisioterapeuta, uma farmacêutica e um profissional da psicologia, totalizando carga horária de 200 horas semanais, caracterizando-se como eMulti do tipo complementar.

Essa eMulti apoia as atividades das seis eSF que existem na UBS e que são divididas pelo nome das cores: amarela, azul, branca, lilás, verde e vermelha. Tais equipes são responsáveis pelos territórios que englobam as quadras da Asa Norte (entre as quadras de final 6 até 16), além da Colina, Setor de Clubes Norte, SOF Norte e Noroeste.

Entre as atividades conduzidas pela nutricionista da UBS, com o apoio dos alunos da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, estão as ações coletivas voltadas para indivíduos com alterações na glicemia, tanto pré-diabéticos quanto diabéticos (Figura 2). Esse grupo ocorre regularmente e, atualmente, se reúne às segundas-feiras à tarde em uma tenda localizada no estacionamento interno da UBS. Além disso, o grupo é aberto a todos os interessados, sejam eles acompanhados ou não pelas eSF do território, e não há necessidade de pré-agendamento para participar.

Os encontros são quinzenais, sendo a primeira segunda-feira do mês destinada aos indivíduos que estão participando pela primeira vez e a terceira segunda-feira do mês destinada àqueles que estão retornando ao grupo. O calendário com as datas exatas fica fixado tanto nos corredores externos da UBS, quanto nas salas

de triagem e das salas de atendimento. Em 2023, foram realizados 16 encontros coletivos, contemplando 280 indivíduos com média de 17,5 participantes por grupo.

Os atendimentos coletivos fazem parte do planejamento das ações da Unidade de Saúde e sempre foram o pilar das atividades voltadas para a promoção da alimentação adequada e saudável. O fato de os grupos serem abertos, prescindindo de agendamento prévio, reduz a barreira de acesso e aumenta o número de pessoas que podem se beneficiar da partilha de conhecimento. Dessa forma, a eMulti foi identificando as melhores estratégias para estimular a inclusão dos participantes, de modo que o produto daquele momento fosse sempre uma construção feita a muitas mãos.

Como os participantes do grupo têm sempre um espaço de fala garantido, em uma ocasião uma participante expôs a necessidade de desenvolver um projeto de conclusão de seu curso de gastronomia e, prontamente, os demais membros se dispuseram a participar dessa atividade. Assim nasceu a oficina gastronômica: a partir de uma necessidade “não alimentar” (mas educacional e profissional) de uma das integrantes do grupo, que foi acolhida pelos demais. Isso permitiu que a colega fosse apoiada no desenvolvimento de seu trabalho, enquanto os demais participantes tiveram a oportunidade de aprimorar suas habilidades culinárias e melhorar seu cuidado em saúde, incentivando a escolha de alimentos *in natura*.

Após a aceitação do grupo para que a experiência fosse realizada, essa usuária (Cláudia Moreira, também autora deste capítulo) se reuniu com a profissional condutora da atividade

coletiva e com a gestão da unidade para a elaboração de um projeto-piloto. Nesse momento definiu-se o *menu*, os materiais que seriam utilizados, como tais materiais seriam adquiridos, o local e os instrumentos necessários, o público que participaria do piloto, bem como um cronograma de ações.

O piloto foi feito na copa da unidade de saúde, tendo como participantes os profissionais da unidade, que fizeram uma avaliação ao final (Figura 3). A preparação escolhida para iniciar o projeto foi um creme de abóbora e o mesmo foi todo preparado na UBS. Inicialmente descascou-se a abóbora moranga e após cortá-la em cubos, a mesma foi cozida em um fundo de vegetais preparado anteriormente. Esse fundo foi composto de cenoura, tomate, cebola, salsão, alho e alho-poró e fervido em água juntamente com um “Sachet d’epice” (usou-se uma gaze de curativo para envolver pedaços de alho, cravo, louro, tomilho e grão de pimenta-do-reino e foi feito uma espécie de “trouxinha”). Após o cozimento, a abóbora foi liquidificada com uma pequena parte do fundo de vegetais até alcançar uma consistência de creme. Serviu-se essa pasta de abóbora acompanhada de porções de pão de forma integral e caseiro, adquirido em uma padaria do território (Figura 4). Após esse momento, foram feitos os ajustes para a repetição da experiência no grupo.

Todos os ingredientes que compuseram o creme/pasta de abóbora são classificados como alimentos *in natura*, segundo a Classificação Nova, presente no Guia Alimentar da População Brasileira (Brasil, 2014). Essa preparação foi totalmente isenta de aditivos químicos, sendo adequada para alimentação de pessoas

com obesidade, com DM ou com hipertensão e podendo ser utilizada tanto em lanches quanto nas refeições principais.

No dia programado, todos os membros participaram ativamente, seja tirando dúvidas sobre as etapas de pré-preparo e preparo, colaborando nessas etapas, desfrutando das preparações realizadas, compartilhando suas experiências ao final da atividade ou sugerindo novas ideias para futuras oficinas. Ao final da experiência, abrimos o espaço de fala para que os participantes dessem suas sugestões e fizessem suas críticas. Além disso, duas pessoas se dispuseram a escrever um relato rápido sobre a experiência para compor o trabalho de conclusão de curso da colega. Reforço que a preparação foi totalmente refeita durante a realização do grupo, tendo ocorrido na tenda externa da unidade que fica debaixo de várias árvores. Usou-se uma extensão para ligar um mini fogão elétrico de duas bocas e todo o preparo foi feito ao ar livre com o grupo (Figura 5).

O resultado foi, além do conhecimento compartilhado e do trabalho de conclusão de curso finalizado, um rico momento de compartilhamento de habilidades culinárias, alimentação em companhia, em ambiente agradável, com ingestão de alimentos *in natura* preparados de maneira muito saborosa. Além disso, cabe destacar que nos meses subsequentes outros participantes se inspiraram e trouxeram sugestões de receitas que gostariam de compartilhar e de preparar de forma presencial com os colegas. Acreditamos que isso tenha ocorrido por se sentirem parte de todo o processo e protagonistas do próprio grupo. A partir daí, o grupo passou a se programar coletivamente.

Destaca-se que as atividades coletivas ofertadas em diversos grupos da UBS foram organizadas a partir das demandas apontadas pelas eSF a partir dos cadastros realizados no território. O foco principal foi garantir o acesso ao acompanhamento longitudinal para o maior número de pessoas e que o apoio continuado pudesse ser a principal ferramenta de intervenção, com valorização da partilha de saberes.

Embora o planejamento dos grupos não tenha contado com a participação direta dos usuários, o desenvolvimento das atividades foi marcado por um ambiente de partilha respeitosa e colaborativa. Esse espaço garantiu um cuidado em saúde contínuo e apoiado, tanto pelos profissionais de saúde, durante as atividades coletivas e em momentos individuais, quanto pelos próprios participantes do grupo, que contribuíram mutuamente para o fortalecimento do processo. Alguns dados dos indivíduos acompanhados no grupo foram registrados e posteriormente analisados. Como parte desse trabalho, podemos afirmar que durante os meses de janeiro a dezembro de 2023, foram acompanhadas 280 pessoas nos grupos com foco na alimentação da pessoa com diabetes. A média de idade dos participantes foi de 58 anos, sendo a maioria do sexo feminino, com média de glicemia capilar pós-prandial de 132 mg/dL e mediana de 116 mg/dL.

Os resultados apresentados apontam para o emprego de um processo de educação com intencionalidade concreta e planejada, que parte da realidade e necessidades apresentadas pelos sujeitos envolvidos, respeitando os diferentes saberes, valorizando a troca e que foi construído coletivamente. Além disso, ainda demonstrou que quanto maior a frequência de participação, melhores são os

resultados alcançados, reforçando que o apoio continuado é uma ferramenta importante para o tratamento da DM. Ademais, os grupos tornam-se uma importante ferramenta de autocuidado, de convivência e de partilha de saberes entre os seus membros.

**Figura 1.** Atividade Coletiva realizada na UBS n.º 02 da Asa Norte e destinada ao Grupo de Alimentação no Diabetes



Fonte: Agência Brasília.

**Figura 2.** Dia da atividade realizada pela usuária Cláudia Moreira



Fonte: acervo próprio.

**Figura 3.** Preparação de pasta de abóbora realizada durante o projeto-piloto na UBS



Fonte: acervo próprio.

## Considerações finais

A estratégia utilizada foi uma forma de compartilhar experiências prévias dos próprios usuários, o que favoreceu a autonomia nas escolhas alimentares e mostrou-se como uma poderosa ferramenta de autocuidado e empoderamento. Além disso, a experiência contemplou vários dos dez passos do Guia Alimentar para a População Brasileira, na medida em que estimulou o consumo de alimentos *in natura*, levou à alimentação em ambiente apropriado, em companhia e permitiu a partilha de habilidades culinárias, mantendo as tradições culturais dos usuários e resgatando memórias afetivas importantes. Dessa forma, o cuidado continuado e apoiado foi possível e impactou positivamente na melhoria dos indicadores em saúde desses usuários.

## Referências

RODACKI, M. *et al.* Classificação do diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 2 out. 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1177-1186, 2017.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.

RAMOS, S. *et al.* Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2023. Disponível em: 10.29327/5238993.2023-8. Acesso em: 4 ago. 2024.

SAUER, A. B. *et al.* Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde. **Núcleo Telessaúde Santa Catarina**, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2018.

# Capítulo 4

## **VEM QUE EU TE ENSINO A COZINHAR: PROJETO COZINHA BRAGANÇA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Maricilia Nascimento Prestes  
Bruna Amador

### **Para início de conversa...**

A Pandemia de covid-19 trouxe à tona problemáticas sociais, no cenário brasileiro e no mundo, que afetam a saúde e qualidade de vida das pessoas. Dados divulgados pelo 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 (VIGISAN) revelam que o número de pessoas em insegurança alimentar grave no Brasil quase duplicou em menos de dois anos. Segundo a pesquisa, 33,1 milhões de brasileiros se encontram nessa situação (15,5% da população), ou seja, houve um aumento de 14,4 milhões de pessoas vivenciando a fome no Brasil (Rede Penssan, 2022).

Como é de se esperar, essa realidade está presente nos territórios dos municípios, implicando diretamente na saúde e qualidade de vida das pessoas, uma vez que alimentação e nutrição estão diretamente ligadas aos fatores de risco de uma série de doenças: hipovitaminoses, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, desnutrição, entre outras (Brasil, 2012).

Diversos obstáculos para a adoção de uma alimentação adequada e saudável são identificados nos territórios onde a Atenção Primária à Saúde (APS) se faz presente: limitação do acesso físico e financeiro a alimentos saudáveis, abundância na oferta de alimentos ultraprocessados, condições de vida que dificultam a disponibilidade de tempo para se dedicar à alimentação e à saúde. Como consequência, por meio do monitoramento dos dados da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2023), percebe-se o crescimento do sobrepeso (39,14%) e da obesidade (19,29%) na população adulta do município de Bragança (PA), diagnóstico este que demanda a adoção de práticas intersetoriais que impactem de forma positiva a saúde das pessoas (Brasil, 2024).

Entre essas práticas intersetoriais, o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) destaca-se como uma importante estratégia para garantir o acesso à alimentação adequada e saudável, além de fomentar a agricultura familiar. O programa vem sendo implementado no município de Bragança desde 2017, e atualmente envolve 100 famílias.

Além disso, a APS configura-se como um espaço essencial para a implementação de projetos que promovam uma alimentação adequada e saudável, dentro de uma abordagem de cuidado emancipador. O objetivo é alcançar a autonomia dos indivíduos, a partir da compreensão da realidade em que vivem e do território em que estão inseridos. Isso é possível por meio da troca de saberes em atividades que incentivem a participação ativa das pessoas, tanto individualmente quanto coletivamente, sempre respeitando suas particularidades e subjetividades (Brasil, 2022).

Dessa maneira, visando fortalecer as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em especial a Promoção da Alimentação Saudável e Adequada, no município de Bragança, foi implantando o Programa Cozinha Bragança em outubro de 2023, mês de comemoração do Dia Mundial da Alimentação. O presente projeto foi criado como estratégia e ferramenta para realização de práticas voltadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN) junto aos serviços de saúde e demais pontos do município, por meio da realização de oficinas culinárias, desenvolvendo receitas que utilizam alimentos regionais, como a farinha lavada e o caranguejo.

Tal iniciativa teve caráter intersetorial, se desenvolvendo por meio da integração das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, que assumiram o compromisso de colaborar com as ações de EAN de forma conjunta e integrada, corroborando com o fortalecimento da PNAN no município por meio de práticas culinárias regionalizadas. Ademais, a iniciativa também teve como objetivo divulgar as orientações presentes no Guia Alimentar para População Brasileira de maneira acessível e criativa, por meio da ampliação das formas de utilização dos alimentos fornecidos pelo PAA, integrando os saberes e culturas locais. Dessa forma, acreditamos que contribuímos com a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e com o desenvolvimento de autonomia e empoderamento das pessoas.

## Como fazer?

### *Pré-preparo...*

Como pontuado anteriormente, a experiência teve caráter intersetorial, envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação. Assim, foram envolvidos nutricionistas e coordenadores dos diferentes setores para a definição de questões importantes relacionadas ao desenvolvimento da experiência, tais sejam:

1. Locais onde, inicialmente, o projeto seria desenvolvido. Pensou-se na praça pública central para maior visibilidade e participação da população em geral, permitindo, inclusive, a identificação dos ajustes necessários nas próximas oficinas.
2. Escolha dos alimentos que seriam utilizados nas oficinas culinárias de acordo com a safra dos produtores do PAA.
3. Elaboração de cronograma para realização das oficinas culinárias em concordância com a semana de entrega dos produtos do PAA.
4. Elaboração das receitas que comporiam a base inicial do projeto, pensando nas possibilidades de ajustes e participação das pessoas de acordo com os seus saberes e cultura.
5. Realização das oficinas culinárias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais serviços presentes no território da Estratégia Saúde da Família (ESF).

## *O preparo...*

As oficinas culinárias foram realizadas em diversos serviços do município, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto urbanas quanto rurais, incluindo a UBS Perpétuo Socorro, UBS Aldeia, UBS Bacuriteua, UBS Vila Nova, UBS Acarajó, CAPS II Mão Amiga, CRAS Marujada e o Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM). Além disso, as oficinas fizeram parte da programação de datas comemorativas, nas quais a promoção da saúde por meio de práticas de EAN se mostrou essencial, como durante o Outubro Rosa, quando foram desenvolvidas atividades na praça pública central da cidade. Para o desenvolvimento das atividades, foi utilizada uma simples estrutura simulando uma cozinha doméstica com um fogão de duas bocas a gás, liquidificador e utensílios como panelas, frigideiras, colheres, facas. Também foram utilizadas as cozinhas dos serviços referidos. Os alimentos utilizados foram adquiridos por meio do PAA e com recurso próprio da Prefeitura Municipal de Bragança.

Por meio da combinação dos produtos do PAA com os demais alimentos da região, como o caranguejo, frango desfiado e ovo, as receitas são colocadas em prática nas oficinas culinárias, resultando em preparações locais, saborosas e que colaboram com o enriquecimento nutricional do cardápio, como a farofa bragantina, crepioca do Caeté, sucos de fruta variados, doces como o de jerimum com coco.

As oficinas são realizadas sob a responsabilidade dos nutricionistas das equipes Multiprofissionais (eMulti) tendo como público-alvo os usuários das equipes de Saúde da Família.

É importante destacar que os nutricionistas se organizam em duplas para conduzir as oficinas culinárias, de forma que o profissional com maior habilidade culinária colabora com o outro que está iniciando nesse processo. Essa dinâmica promove a troca de informações e técnicas, tanto entre os próprios nutricionistas quanto entre os nutricionistas e os usuários. Essa interação enriquece o projeto ao permitir o compartilhamento de saberes científicos com os saberes tradicionais trazidos pelos participantes, ampliando o alcance e o impacto das oficinas.

### *Hora de servir!*

Foram realizadas dez oficinas culinárias em dez serviços do município, tanto do meio urbano quanto rural, atendendo diretamente 20 pessoas por oficina, totalizando 200 usuários nesse processo inicial.

As oficinas aconteceram na semana de entrega dos produtos do PAA, uma vez que os alimentos *in natura* e minimamente processados precisam ser utilizados em prazo curto de tempo. Os alimentos mais presentes nas oficinas foram: laranja, couve, cheiro-verde, banana, jerimum, coco *in natura*, farinha de mandioca, melancia, cariru, maracujá, limão, goma para tapioca, jambu, pimentãozinho verde.

A avaliação do projeto acontece a curto, médio e longo prazo, uma vez que envolve a mudança de comportamentos relacionados à alimentação. A curto prazo percebe-se a satisfação dos usuários por meio de falas e narrativas durante as oficinas.

*O que eu gostei é que esse momento (a oficina) me ajudou a ver outras formas de preparar os alimentos. Eu nunca tinha tomado suco com couve junto, pra mim couve era só na comida e já tô pensando em outras receitas, até porque tô acima do peso e sei que essas receitas vão me ajudar (M.S; 32 anos, usuária da UBS Bacuriteua).*

Essas práticas de EAN, em que o usuário participa de forma ativa, apresentam caráter emancipatório, uma vez que aumentam o repertório alimentar e favorecem o desenvolvimento de autonomia, além de fortalecerem o vínculo com as equipes de saúde, tendo o cuidado como base de uma relação de promoção e proteção da saúde no contexto da APS. Além disso, o ato de cozinhar remete a memórias e afetos, já que o alimento possui importante papel social e emocional na vida das pessoas.

*Minha avó sempre fazia algum tipo de farofa pra gente... sobrava carne, ela fazia farofa, sobrava caranguejo ela também misturava e fazia farofa pra gente jantar... essas comidas aqui me fazem lembrar dessas coisas, das nossas comidas que eram mais saudáveis (A.N. 45 anos, profissional da saúde).*

**Figura 1.** Grupo de mulheres da UBS Bacuriteua



Fonte: acervo próprio.

**Figura 2.** Participantes do projeto



Fonte: acervo próprio.

**Figura 3.** Nutricionista com a farofa bragantina



Fonte: acervo próprio.

## Considerações finais

Desenvolver projetos como este no município é um grande desafio para os envolvidos, em especial para os nutricionistas que não possuíam habilidades culinárias para desenvolver as receitas junto aos participantes. Uma das maneiras de superar este obstáculo foi formar duplas entre os profissionais para que aqueles que possuem mais habilidades culinárias ajudassem os demais e, nessa construção coletiva da prática, a aptidão no preparo dos alimentos foi sendo aperfeiçoada a cada oficina.

Estimular o desenvolvimento de habilidades culinárias contribui para a redução do consumo de alimentos ultraprocessados (Brasil, 2024), promovendo um aumento no consumo de alimentos in natura ou minimamente processados. Além de beneficiar diretamente os participantes das oficinas, essa prática também impacta positivamente seus familiares e amigos, já que, ao aprenderem receitas simples e saborosas, utilizando ingredientes acessíveis e de baixo custo, facilmente encontrados no município, o projeto assume um forte caráter multiplicador.

Uma das principais potencialidades do Cozinha Bragança é sua capacidade de se (re)inventar em cada oficina e em cada território da APS. Bragança, com suas diversas particularidades territoriais – desde a área costeira da praia de Ajuruteua, a região ribeirinha do rio Caeté, a zona da colônia até o meio urbano – reflete essas especificidades na criação das receitas. A identidade local é expressa tanto na forma de preparo quanto na adição de temperos, permitindo que a criatividade flua e tornando cada momento participativo e prazeroso. Esse processo reforça a

importância de reconhecer o território como um espaço vivo, repleto de subjetividades e elementos essenciais na organização e execução das oficinas culinárias (Brasil, 2022).

Concluindo, o projeto explora o desenvolvimento de habilidades culinárias no território da APS como uma importante ferramenta de EAN, que pode ser trabalhada com pessoas de diferentes idades, utilizando alimentos de fácil acesso e respeitando a regionalidade bragantina. O ato de cozinhar é uma prática social que envolve o cuidado consigo e com o outro, pois permite a troca e o compartilhamento de receitas culinárias carregadas de saberes e ancestralidade. Além disso, o Cozinha Bragança promove uma conexão entre o campo e a mesa, pois estreita a relação entre agricultura familiar e potenciais consumidores, sendo uma importante ferramenta para promoção da saúde alicerçada na SAN, promovendo sustentabilidade social, econômica e ambiental.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para População Brasileira**. 2. ed. Brasília, 2024.

BRASIL. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Relatórios públicos**. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em 09 set. 2023.

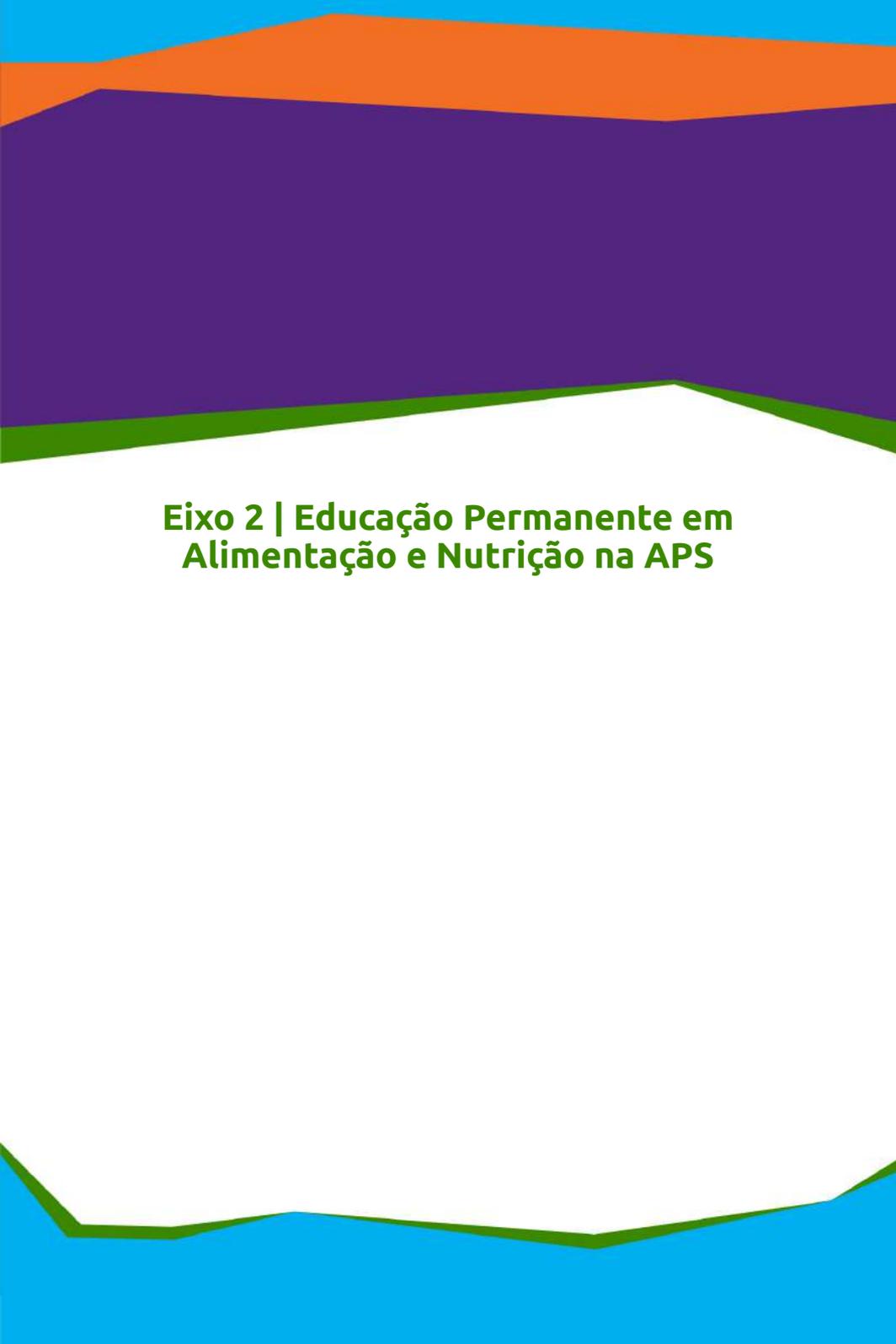
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

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

REDE PENSSAN. VIGISAN, 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2022/10/14/olheestados-diagramacao-v4-r01-1-14-09-2022.pdf> . Acesso em 13 nov. 2023.

RIGOTE, G.; BUENO, A. X.; AKERMAN, M. Cozinhando mudanças: o ato de cozinhar como ferramenta de enfrentamento aos desafios do Antropoceno. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PSrhzBNVTfkSwhsRynGVRXd/#>. Acesso em: 05 jul. de 2024.





**Eixo 2 | Educação Permanente em  
Alimentação e Nutrição na APS**



# Capítulo 5

## **“TERRATERAPIA”: UMA EXPERIÊNCIA DO CULTIVO ORGÂNICO PROMOVENDO CONSUMO ALIMENTAR SAUDÁVEL E BEM-ESTAR MENTAL**

Jesuana Oliveira Lemos  
Joyce de Oliveira Vieira  
Tatiana Rego Borges

### **Introdução**

O Ministério da Saúde define promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2018).

Dado o contexto atual de crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco, como a inatividade física e a alimentação inadequada, torna-se imprescindível a realização de ações de promoção da saúde pautadas na autonomia

e no empoderamento. No âmbito da alimentação, destacam-se como principais hábitos não promotores da saúde o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados – ricos em açúcares, gorduras, sal e aditivos – associado ao baixo consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, como frutas, verduras e legumes, por se relacionarem ao aumento da prevalência mundial de obesidade e demais DCNT (Brasil, 2011; 2024).

Nesse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (Brasil, 2004). A EPS visa fortalecer as práticas em APS e o modelo de atenção à saúde vigente no país, considerando o trabalho articulado entre as esferas de gestão, as instituições de ensino, o serviço e a comunidade (Brasil, 2009).

Partindo dessas perspectivas, a experiência aqui relatada foi desenvolvida por profissionais da Unidade Básica de Saúde 1 de Águas Claras do Distrito Federal – UBS1 AC/DF, responsável pelo acompanhamento em saúde da comunidade residente no Areal, localizado na Região Administrativa de Arniquireiras (DF). Destaca-se que tal território apresenta população em elevada vulnerabilidade social e insegurança alimentar, infraestrutura insuficiente e poucos instrumentos de promoção de saúde. Logo, foi nesse contexto que a equipe multidisciplinar – eMulti da UBS1 AC, iniciou a implantação de uma horta comunitária ao lado do estacionamento da unidade, intitulada pelos usuários do serviço de “Grupo Terraterapia”.

A estruturação de tal horta foi iniciada em 2019, com apoio da assistente social da equipe, e tinha como objetivo principal promover a saúde por meio da convivência comunitária entre os usuários. Em 2020, com o apoio da nutricionista da equipe, o projeto foi ampliado e fortalecido, incluindo plantas medicinais e fitoterápicas no cultivo, além da formação de novas parcerias, como a realizada com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Distrito Federal (EMATER/DF), responsável pelo fornecimento de insumos, como adubo orgânico, sementes, ferramentas para o cultivo e mangueira de irrigação em gotejamento.

No entanto, durante a Pandemia de covid-19 foi observado aumento da insegurança alimentar na comunidade do Areal, assim como dos relatos de doenças mentais e doenças crônicas – como diabetes mellitus, hipertensão e obesidade. Durante as consultas na unidade de saúde, muitos usuários relataram que só consumiam alimentos oriundos de doação, em sua maioria, alimentos processados e ultraprocessados. Assim, na tentativa de incentivar e viabilizar a inclusão de alimentos *in natura* na alimentação da comunidade, em 2020 o espaço da horta começou a ser utilizado para realização de atividades de educação em saúde e de Educação Alimentar e Nutricional (EAN).

Em 2022, identificou-se a necessidade de reformular as atividades realizadas na horta, ampliando a convivência comunitária e promovendo a educação em saúde e a EPS em espaços abertos. A horta foi revitalizada com o apoio do curso de Agronomia do Centro Universitário ICESP, que forneceu mudas de plantas e apoio técnico durante seis meses. Além disso, foram realizadas oficinas de matriciamento com

os profissionais de saúde da eMulti e com a comunidade, abordando temas como o plantio e cultivo de hortaliças e plantas medicinais. Em 2023, com a integração de uma farmacêutica à equipe, as atividades de EPS foram ampliadas, incluindo orientações sobre cuidados farmacêuticos e oficinas voltadas ao uso de plantas medicinais. Ressalta-se que a horta comunitária tem sido um espaço de promoção de saúde dos usuários, assim como de Educação Permanente em Saúde, por meio de três caminhos principais, a saber: a) trocas de conhecimentos entre as coordenadoras do projeto; b) entre as coordenadoras do projeto e os outros servidores que participam esporadicamente dos encontros; c) entre usuários e servidores que, ao compartilharem seus conhecimentos populares sobre as plantas, por exemplo, matriciam constantemente os servidores que participam das atividades.

Desde 2022, o Grupo Terraterapia tem sido desenvolvido com o objetivo de promover o cuidado em alimentação e nutrição, assim como a Educação Permanente em Saúde. O grupo busca resgatar e incentivar o uso racional e seguro de plantas alimentícias, medicinais e aromáticas, estimulando a convivência comunitária e a troca de experiências durante o cultivo, a colheita e o consumo dos itens oferecidos pela horta comunitária da UBS1 AC.

## **Desenvolvimento**

O planejamento inicial da horta incluiu passos como: planejar o grupo, definindo seus objetivos; observar espaços e potencialidades; realizar a limpeza do espaço escolhido; delimitar

a área dos canteiros; iniciar o plantio de algumas espécies. A comunidade foi convidada a participar do grupo durante os atendimentos individuais e coletivos realizados na UBS1 AC pelos diferentes profissionais de saúde que compõem a equipe.

Cada encontro tem duração de duas horas e as atividades são divididas em três momentos: 1) limpeza dos canteiros, plantio, irrigação e colheita (conforme acordado no início do encontro); 2) os participantes são convidados a realizar as práticas integrativas de saúde: automassagem e/ou auriculoterapia; 3) realização de oficinas de educação em saúde e em alimentação e nutrição com diferentes temáticas, além de degustação de sucos, chás e saladas. As prioridades são definidas por meio de entrevista aos participantes, que escolhem como a horta deve ser conduzida e quais as temáticas de educação em saúde ou de cuidados com a horta devem ser abordadas durante os encontros.

Vale ressaltar que durante os encontros semanais as profissionais de saúde coordenadoras do projeto – assistente social, nutricionista e farmacêutica – integram seus conhecimentos de maneira fluida e contínua. Enquanto a nutricionista e a farmacêutica aprendem com a assistente social sobre convivência comunitária, intergeracionalidade e direitos sociais, a farmacêutica contribuiu com conhecimentos sobre as propriedades medicinais das plantas e as interações medicamentosas entre o uso de plantas, medicamentos alopáticos e alimentos.

A nutricionista, por sua vez, trouxe à discussão as propriedades nutricionais, modos de preparo dos alimentos

e orientações sobre o consumo das plantas. Os membros da comunidade enriqueceram ainda mais o processo, compartilhando seus conhecimentos sobre o preparo da terra, plantio, horários adequados para rega, necessidade de luz solar, identificação de espécies, propriedades medicinais e nutricionais das plantas, além das técnicas corretas de colheita e preparo de mudas.

O público participante dessa experiência tem atuação ativa e decisiva no planejamento do plantio: sobre onde, como e quando será plantada cada espécie. Tudo o que é colhido é compartilhado entre os usuários, e, durante os encontros, são preparados chás com plantas medicinais da horta, como *Mentha piperita*, *Zingiber officinale*, *Ocimum basilicum* L., *Hibiscus rosa-sinensis* L. e *Melissa officinalis*. Além disso, são feitos sucos, como o de couve com *Mentha piperita* (hortelã) e uma fruta, e o suco de *Cymbopogon citratus* (capim santo), *Zingiber officinale* (gingibre) e uma fruta. Também são preparadas saladas com diferentes tipos de molhos para degustação dos participantes. Durante as degustações são feitas orientações sobre as propriedades medicinais das plantas e sobre a importância de priorizar alimentos *in natura*. Tanto os profissionais de saúde como os usuários que participaram dos encontros trocam conhecimentos e os replicam durante os novos encontros.

As temáticas de educação em saúde e EPS foram incluídas considerando as sugestões dos participantes e foram abordadas em rodas de conversa, coordenadas por outros profissionais de saúde, por integrantes da comunidade ou por convidados externos. Entre os temas abordados durante o ano de 2023 e 2024 estão: Guia Alimentar para a População Brasileira; comida afetiva; planejamento alimentar; higienização dos alimentos; organização de geladeira;

disbiose intestinal; troca de receitas familiares com degustação das preparações; higiene do sono e alimentos para melhora da saúde mental; formas adequadas de preparo de chás; toxicidade de plantas medicinais; plantas alimentícias não convencionais (PANCs) e oficinas de preparo de saladas e molhos saudáveis.

Para facilitar a comunicação entre os participantes, foi criado um grupo no WhatsApp onde são compartilhados materiais de educação em saúde, alimentação e nutrição, além de lembretes sobre os encontros, livros sobre plantas medicinais e receitas culinárias. Esse material educativo também é divulgado no grupo de WhatsApp dos trabalhadores de saúde da UBS1 AC, ampliando o alcance das informações. Todos os participantes do grupo foram plenamente esclarecidos a respeito dos objetivos, etapas e atividades realizadas na horta. Os mesmos também assinam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido sobre sua participação, por meio do qual autorizam a divulgação das fotos que são comumente tiradas durante os encontros, atestam conhecer todos os benefícios e riscos, além de serem informados que possuem autonomia em decidir participar ou não das atividades.

## **Principais resultados**

Atualmente, a experiência está sendo avaliada por meio da coleta de dados com um questionário semiestruturado impresso, composto por perguntas objetivas e subjetivas. Até o momento, essa avaliação foi preliminar, e uma análise mais detalhada será realizada durante a execução do trabalho de conclusão de curso de duas residentes do Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto, da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/DF). Segue alguns relatos coletados na avaliação parcial: “Participando do Grupo Terraterapia estou menos ansiosa e mais feliz”; “Melhorei minha alimentação com as orientações recebidas”; “Gostei do suco verde, quero a receita pra eu fazer em casa”; “Quando toco na terra e nas plantas me sinto leve e feliz”.

Também avaliamos a experiência pelo número crescente de participantes engajados na manutenção da horta – atualmente 55 pessoas participam das atividades – e pela repercussão e consequente replicação do projeto em outras Unidades Básicas de Saúde. Constantemente recebemos visitas de profissionais do SUS que objetivam replicar a experiência nas unidades de saúde onde atuam e solicitam conhecer o projeto, o processo de implantação de hortas em UBS e como podem utilizar o espaço para educação em saúde e EPS. Além disso, em 2023 e 2024 o projeto também foi divulgado em reportagens de emissoras de TV como SBT, Rede Globo e Record e jornais como Correio Braziliense, pelo benefício que proporciona para os usuários e profissionais.

É importante destacar que a experiência relatada contribuiu para a oferta de alimentos e plantas medicinais orgânicas, produzidas de forma sustentável, à comunidade participante. Além disso, possibilitou o compartilhamento de receitas saudáveis e a realização de oficinas de degustação de sucos, saladas e chás terapêuticos preparados com produtos colhidos na horta. Houve também a realização de atividades educativas em alimentação e nutrição no espaço da horta tanto

para a comunidade quanto para os profissionais de saúde, a troca de mudas de plantas e a inclusão de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como a auriculoterapia, coordenada pela nutricionista, e a automassagem, coordenada pela assistente social, no ambiente da horta. Ademais, nos quatro primeiros meses do ano de 2024 no Distrito Federal ocorreu grande número de casos de dengue. Assim, no período foram realizadas oficinas para aprendizagem do uso adequado de plantas medicinais (coordenada pela farmacêutica da equipe), como, por exemplo, oficina de preparo do difusor repelente de *Cymbopogon winterianus* – citronela associada a orientações alimentares e nutricionais para recuperação da saúde. O repelente natural produzido com a citronela foi envasado e distribuído para os usuários atendidos na UBS1 AC. Essa atividade, inclusive, foi divulgada em jornais e emissoras de TV, o que permitiu uma educação mais abrangente para profissionais de saúde e usuários do SUS.

Em junho de 2024 foi realizada uma oficina de chás, na qual os participantes vivenciaram a sensorialidade de diferentes formas: pegar nas plantas medicinais, sentir seus cheiros, mastigar as folhas, degustaram os chás preparados, além de aprenderam diferentes receitas de sucos utilizando as plantas medicinais e discutiram sobre o papel simbólico do chá em algumas relações sociais. A oficina de chás teve apoio financeiro da Associação de Especialista em Saúde do Distrito Federal (AES/DF) e contou com a participação de uma profissional aromaterapeuta que agregou novos conhecimentos para a equipe.

## Discussão

Considerando que o cultivo e o cuidado contínuo de hortaliças e plantas fitoterápicas podem ser estratégias importantes para fortalecer vínculos comunitários, reduzir a insegurança alimentar e nutricional, além de ajudar no manejo do estresse e da ansiedade, o protocolo de atividades realizadas pelo Grupo Terraterapia na UBS1 AC tem o potencial de contribuir significativamente para a promoção da saúde dos participantes – tanto usuários quanto profissionais –, assim como para o matriciamento dos profissionais de saúde envolvidos. Além disso, o uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 1980, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterapia na APS (Brasil, 2015). É importante que a população assistida no SUS e os profissionais de saúde que atuam na APS conheçam as plantas medicinais e suas formas corretas de utilização. Assim, espaços que promovam a troca de conhecimentos sobre tal temática possuem fundamental importância.

Ressalta-se que, embora exista amparo legal que assegura a participação do controle social no planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), é necessário que a gestão se comprometa a garantir que essa participação ocorra efetivamente na prática (Jesus; Rodrigues, 2022).No

contexto da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na promoção da saúde torna-se uma estratégia que respeita as especificidades e potencialidades dos sujeitos na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde. Isso é feito por meio da escuta qualificada tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, deslocando o foco da perspectiva estrita do adoecimento para um acolhimento mais amplo de suas histórias e condições de vida.

Assim, a promoção da saúde deve considerar a autonomia e singularidade dos indivíduos, das coletividades e dos territórios, uma vez que as formas como escolhem viver, organizam suas decisões e criam meios de atender às suas necessidades não dependem apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas também são influenciadas e determinadas pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que estão inseridos (Brasil, 2018).

## **Considerações finais**

As hortas comunitárias são uma oportunidade para reunir e promover trocas entre pessoas que residem em uma comunidade, além de proporcionarem a oferta de alimentos, ainda que restrita, e ervas medicinais; reforçarem a importância da produção sustentável de alimentos, de forma orgânica; e contribuir com o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre usuários, entre profissionais e usuários e dos profissionais entre si. Além disso, pode auxiliar na prevenção e tratamento de doenças físicas e mentais e viabilizar a EPS de

forma interdisciplinar, o que, nesta experiência, oportunizou o estreitamento da relação entre os serviços de saúde, instituições de ensino e comunidade.

A partir do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) realizado neste projeto, é possível afirmar que houve uma significativa troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e também entre a comunidade e esses profissionais. Atividades de EPS, especialmente no campo da alimentação e nutrição, devem ser incentivadas na atenção primária à saúde (APS). As práticas integrativas e complementares desempenham um papel crucial no cuidado à saúde no contexto da APS e necessitam de apoio por parte do poder público. Além disso, o financiamento adequado para projetos semelhantes é fundamental para garantir a continuidade dessas atividades a longo prazo.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. 148 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 150p.

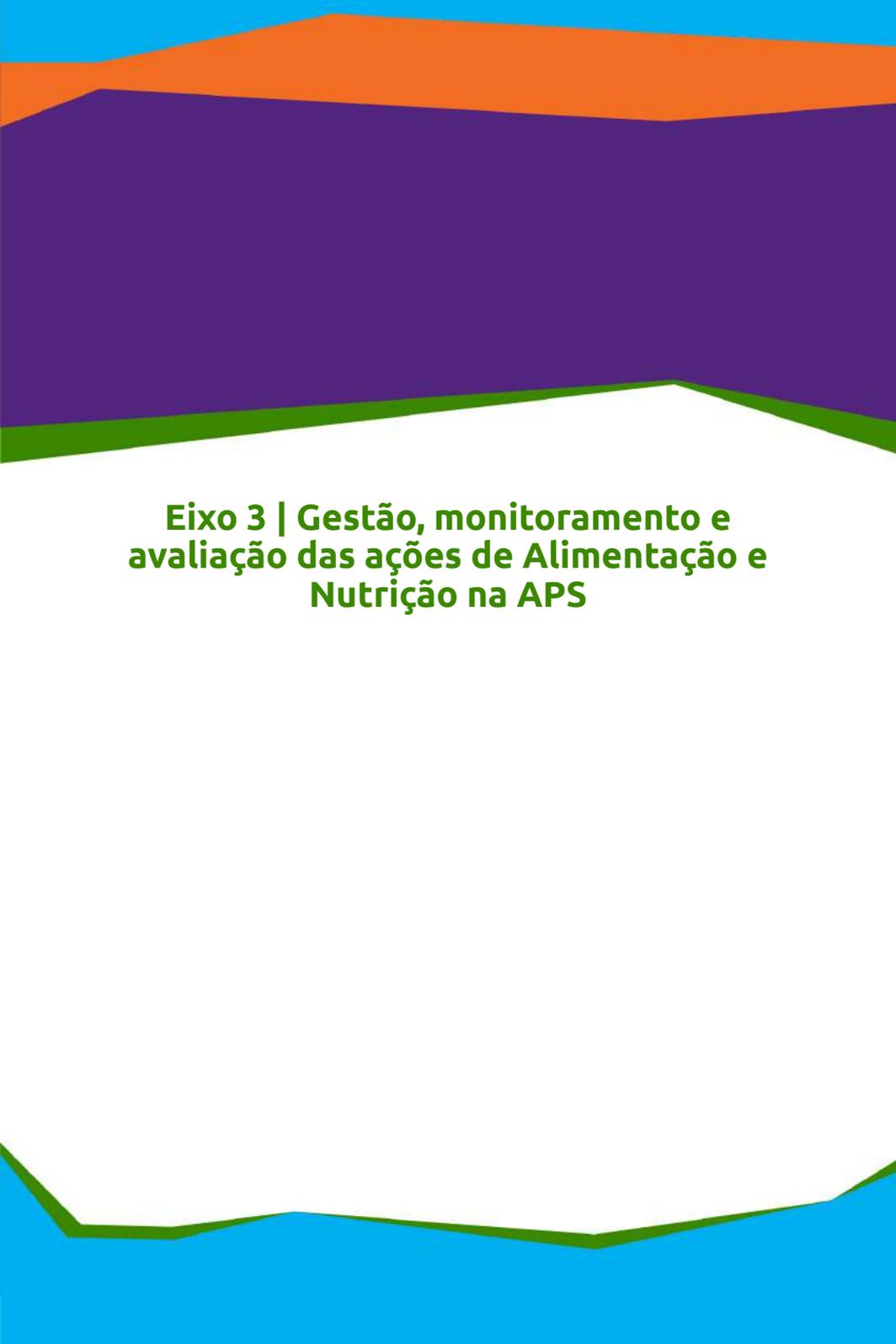
DIAS, J. V.; AMARANTE, P. D. C. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 188-199, 2022.

OMORI-HONDA, S. **Pesquisa-Ação Na Implantação De Horta Comunitária: Empoderamento E Sustentabilidade Na Periferia De Guarulhos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2018.

JESUS, Josefa M.; RODRIGUES, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e001312201, 2022.

SILVA, A.L.A.C. *et al.* Atividades grupais em saúde: características, possibilidades e limites. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 18-24, 2003.





**Eixo 3 | Gestão, monitoramento e  
avaliação das ações de Alimentação e  
Nutrição na APS**



# Capítulo 6

## DIAGNÓSTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO

Vilma Maria Pereira Ramos  
Louriene de Oliveira Antunes  
Thalita Milena Araújo Xavier de Amorim  
Lorena Correia Leal Rocha  
Marília Maria de Lucena Macedo

### Introdução

No Brasil, a alimentação adequada e a saúde são direitos constitucionais e fundamentais do ser humano, assegurados pelo artigo 6º da Constituição Federal, são inerentes à dignidade da pessoa humana, devendo o poder público adotar as políticas e ações para promover e garantir a sua consecução (Brasil, 1988). Nesse contexto, as ações de alimentação e nutrição (A&N) no Sistema Único de Saúde (SUS) foram institucionalizadas a partir da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999 (Brasil, 2007).

A atualização da PNAN em 2011 agregou a essa política o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira pela promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e

nutricional (VAN), prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto, a PNAN traz um conjunto de diretrizes que norteiam a organização e oferta dos cuidados relativos à A&N no SUS, que devem contribuir para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013).

No âmbito do SUS, compete à gestão federal a formulação, a avaliação e o apoio às políticas de alimentação e nutrição, cabendo às gestões estaduais coordenar em caráter complementar e executar ações e serviços de alimentação e nutrição junto aos municípios.

Nessa perspectiva, a Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS) atua no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), em consonância com a PNAN, integrando esforços por meio de um conjunto de políticas públicas as quais propõe: respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação adequada e saudável.

A conformação territorial da saúde do estado de Pernambuco está organizada em quatro macrorregiões e 12 regionais de saúde. A primeira macrorregião de saúde está localizada na Região Metropolitana, a segunda macro no Agreste, a terceira macro no Sertão e a quarta macro no Vale do São Francisco e Araripe. Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco e a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES).

A partir da experiência da CSANS com as diversas demandas advindas dos níveis regionais e municipais, foi

identificada a necessidade de se realizar um diagnóstico da implementação da PNAN nos municípios de Pernambuco. Tal iniciativa se deu a partir do processo de trabalho, em observância às responsabilidades institucionais apontadas na PNAN referente às atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da Política no âmbito do seu território de forma contínua e articulada com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS.

Os diagnósticos situacionais são instrumentos caros à gestão das Políticas Públicas por conferir, de forma direcionada e adaptada à realidade material dos territórios/equipamentos, a informação necessária ao planejamento das ações.

Dessa forma, o diagnóstico foi elaborado com os seguintes objetivos: intensificar o apoio às coordenações municipais e referências técnicas no processo de planejamento e gestão das ações e programas no âmbito da PNAN com foco na APS; qualificar o nível de apoio necessário em cada município; identificar os avanços e desafios na implementação da PNAN em nível municipal; inserir o monitoramento periódico da implementação da PNAN municipal no processo de trabalho da coordenação estadual.

## **Desenvolvimento**

Durante os dias 13 e 14 de junho de 2023, foi realizado o Seminário Estadual de Implementação da PNAN em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS), com a participação de 110

profissionais representantes das Secretarias Municipais de Saúde, das Gerências Regionais de Saúde (GERES), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e da Secretaria Estadual de Saúde.

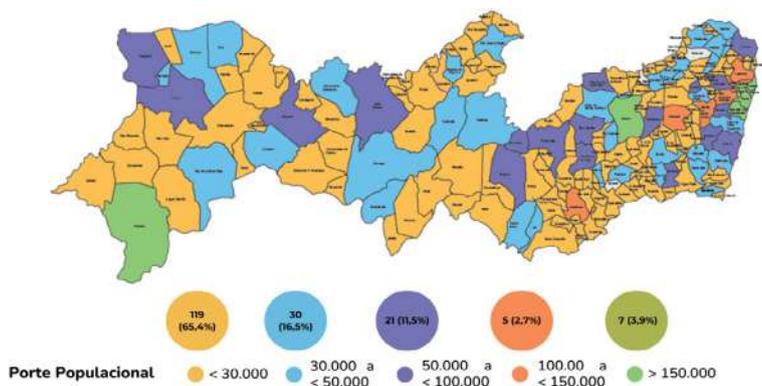
A realização do seminário é parte do planejamento estratégico da CSANS, no que tange à promoção de ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação da força de trabalho e aprimoramento da Atenção Primária em Saúde no âmbito estadual.

Durante o planejamento do evento, foi identificada a necessidade de realizar o diagnóstico da implementação da PNAN nos municípios de Pernambuco. A atividade foi realizada com a ação da equipe que compõe a CSANS, adotando os recursos digitais necessários para a elaboração de um formulário eletrônico. Assim, foi utilizada a plataforma Google Forms para esse fim, sem uso de recursos financeiros adicionais.

O formulário eletrônico foi apresentado no seminário ao grupo participante (profissionais da área técnica de alimentação e nutrição ou coordenação da atenção primária), constituído de 44 questões abordando os seguintes tópicos: perfil dos respondentes; arranjo institucional e articulação intersetorial; articulação com instâncias de gestão e controle social; planejamento e gestão das ações e programas de A&N; monitoramento e avaliação; orçamento e financiamento das ações de A&N; formação e educomunicação; grau de execução das ações de A&N alinhadas às diretrizes da PNAN; perguntas abertas sobre desafios e ameaças, fortalezas e oportunidades na implementação das ações de A&N.

Foi pactuado que os representantes dos municípios presentes respondessem o formulário durante o evento e os demais deveriam indicar um respondente no prazo estabelecido de dois meses.

**Figura 1.** Porte populacional dos municípios respondentes



Fonte: Elaboração própria.

Dos 185 municípios de Pernambuco, apenas três não responderam o formulário eletrônico, o que demonstrou uma boa adesão ao diagnóstico proposto, correspondendo a 98,8% do total. Com relação ao porte populacional, 119 municípios (65,4%) possuem menos de 30.000 habitantes, enquanto sete (3,9%) têm mais de 150.000 habitantes (Figura 1). O fato de a maioria dos municípios respondentes possuírem um menor número de habitantes, pode indicar a necessidade de adaptação de estratégias adequadas a locais com menor densidade populacional, que apresentam desafios específicos de infraestrutura e recursos. Entre as possíveis estratégias, destaca-se a importância de capacitar localmente os profissionais da área técnica de A&N, garantindo que eles tenham acesso a treinamentos e recursos adequados às suas realidades específicas. Além disso, o uso de tecnologias acessíveis e a adequação das políticas para atender às necessidades locais, incentivando a produção agrícola familiar

e promovendo hábitos alimentares saudáveis adaptados às particularidades regionais.

Dentre os respondentes, 56% eram nutricionistas, seguido de 39% de enfermeiros, e a maioria (50%) afirmou o contrato temporário como tipo de vínculo empregatício. O fato de cerca da metade desses profissionais possuírem vínculos temporários também é válido considerar, uma vez que isso pode influenciar na continuidade e qualidade das ações desenvolvidas a longo prazo, indicando uma instabilidade na composição das equipes de saúde.

Quanto à participação das áreas técnicas de A&N em instâncias de controle social no município, 63,7% referiram estar nos espaços dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o que é um indicador positivo para a garantia da implementação e monitoramento das políticas de saúde por meio da mobilização de entidades do município. Além disso, 10,4% estão inseridas nos Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEAs) e 4,4% em outras instâncias, tais como, Conselhos de Assistência Social e Conselho Municipal do Idoso. Entretanto, essa baixa representatividade nos COMSEAs e em outras instâncias de saúde podem indicar uma oportunidade para fortalecer as estratégias de A&N nos municípios.

Ao analisar a inserção das ações, programas e estratégias de A&N nos instrumentos de planejamento, constatou-se que estão contempladas no Plano Municipal de Saúde (55,9%), na Programação Anual de Saúde (42,5%) e no Relatório Anual de Gestão (31,2%). Destaca-se que os percentuais encontrados evidenciam que as ações de A&N ainda são escassas no processo de

planejamento de saúde dos municípios de Pernambuco, que pode existir uma descontinuação do ciclo do planejamento, pois esses três instrumentos são condicionantes para a transferência de recursos financeiros, ou mesmo um desconhecimento desse processo no SUS.

Sobre as ações e programas desenvolvidos no âmbito da área técnica de A&N dos municípios, foram referidos o Programa Saúde na Escola (91,2%), as ações de Educação Alimentar e Nutricional (85,2%), e de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (82,4%). No que se refere à articulação intersetorial no âmbito das ações e programas da PNAN, os setores mais citados com os quais ocorrem essas parcerias foram: educação e esportes (78,6%) e assistência social (76,9%).

Ao serem questionados quanto ao monitoramento e avaliação dos indicadores municipais de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) da população acompanhada na APS, 51,1% dos respondentes afirmaram ser realizado periodicamente, 19,2% pontualmente e 13,7% não realizavam. Nessa perspectiva, as ações assinaladas pelos profissionais respondentes como necessárias para implementar e qualificar a VAN no município foram as seguintes: ampliar a oferta de atividades coletivas para promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e para prática de atividade física (75,3%); fortalecer e ampliar a avaliação e registro dos marcadores de consumo alimentar na APS (75,3%); incentivar a organização dos serviços para registro dos dados de consumo alimentar e antropométricos nos sistemas de informação em saúde (71,4%); e promover o planejamento intersetorial de ações relacionadas aos determinantes sociais do consumo alimentar e do estado nutricional e de SAN da população (70,3%).

Sobre as ofertas de formação/atualização na agenda de A&N, os temas relacionados à PAAS (39%), ao aleitamento materno e alimentação complementar (37,4%) e aos sistemas de informação da Atenção Básica (36,8%) foram os mais frequentemente citados. De acordo com as respostas, a gestão municipal (42,9%) foi apontada como a principal responsável por organizar e oferecer as atividades de formação nos últimos dois anos, seguido do Ministério da Saúde (19,8%) e da SES-PE (18,7%).

No bloco de perguntas sobre o financiamento das ações de Alimentação e Nutrição, 47,5% dos respondentes tinham conhecimento sobre o repasse dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde aos municípios. Os principais usos deste recurso financeiro foram a impressão de materiais de formação/educativos (41,8%), seguidos de aquisição de material permanente (39,6%), compra de material educativo (32,4%) e custeio de processo de formação (24,7%), demonstrando uma distribuição diversificada dos recursos financeiros recebidos pelos municípios, com ênfase na educação, formação e aquisição de materiais necessários para a implementação eficaz da PNAN.

Contudo, um percentual significativo respondeu que não tinham essa informação (37,9%), sugerindo que mais de um terço dos respondentes pode não estar totalmente informada sobre os processos de repasse de recursos financeiros destinados à A&N. Isso pode indicar lacunas na comunicação ou na transparência desses processos, o que pode afetar a eficácia da implementação da PNAN nos níveis municipais.

No que diz respeito à participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e acompanhamento da

própria gestão orçamentária/financeira, 36,1% responderam que participavam, por outro lado, 63,9% não acompanhavam ou não possuíam essa informação.

Com relação às diretrizes da PNAN, foi solicitado uma avaliação sobre o grau de execução das ações de A&N alinhadas a cada diretriz. Segundo a percepção dos respondentes atribuiu-se pontuação (de 0 a 5) e posterior classificação em três gradações: menos contemplada (0 e 1), ocasionalmente (2 e 3) e mais contemplada (4 e 5). Dentre as nove diretrizes, a PAAS se destacou sendo uma das mais referenciadas nas ações de A&N com 60,7%, seguida da Vigilância Alimentar e Nutricional (40,4%), Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição (39,9%) e Organização da Atenção Nutricional (31,3%).

No que se refere às dificuldades, foram percebidas fragilidades quanto aos vínculos empregatícios, limitação do quadro de profissionais, a falta de apoio da gestão e do conhecimento sobre o planejamento do incentivo financeiro, e a necessidade de ampliação das ações intersetoriais. Ademais, foi observado que alguns dos respondentes não possuíam conhecimento prévio acerca da PNAN, dificultando a precisão nas respostas, além de serem incipientes como referência técnica municipal. Quanto à compreensão das perguntas abertas, verificou-se respostas com conteúdo demasiado simples, ou não condizentes ao que foi perguntado. Assim, foi necessária a exclusão de algumas respostas, pela impossibilidade de classificá-las e analisá-las.

Sobre as potencialidades observadas nos resultados, foi possível identificar a partir dos relatos a existência de parceria

intra e intersetoriais, a presença das equipes multiprofissionais atuantes no território por meio de ações coletivas e integradas de forma articulada. Também foi destacada a importância do apoio da gestão municipal, da garantia de financiamento para as ações e programas, assim como da promoção de ações de Educação Permanente em Saúde. As principais áreas em que foram realizadas a articulação intersetorial abrangem educação, esporte e assistência social, destacando-se o Programa de Saúde na Escola (PSE), o que vai ao encontro do relatado pela literatura, que aponta o PSE como uma estratégia de integração dos setores saúde e educação com adesão de 97,3% dos municípios brasileiros (Carmo *et al.*, 2022).

Diante do cenário de mudanças epidemiológicas e transição nutricional, essas estratégias são importantes para a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Segundo a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS, faz-se “necessário mobilizar e fazer articulações com outros serviços de políticas públicas municipais e também com organizações e movimentos sociais dos territórios” (Brasil, 2022, p. 19).

Outras ações amplamente mencionadas foram a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que refletem o compromisso dos profissionais de saúde com a promoção da saúde, em conformidade com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), nas quais a alimentação adequada e saudável é considerada uma prioridade (Brasil, 2011;

2017). Além disso, destaca-se que mais de 70% dos municípios realizam ações de monitoramento e avaliação dos indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), sendo essa uma das ações mais desenvolvidas no âmbito das diretrizes da PNAN.

## **Considerações finais**

Diante dos resultados obtidos no diagnóstico, foi possível elaborar recomendações para o fortalecimento da PNAN, identificando possíveis inovações, ações e estratégias que possam ser feitas e/ou fomentadas em nível local para estimular sua implementação. Sendo que a garantia de financiamento, a presença do profissional nutricionista e o investimento na formação profissional foram temas que apareceram de forma transversal como orientação para o fortalecimento da política.

Dentre as recomendações e proposições para qualificar a gestão e implementação da PNAN no nível local, foram apresentadas as seguintes: instituir e promover a PNAN; ampliar a articulação intersetorial e fortalecer a agenda de A&N em conselhos setoriais e intersetoriais; desenvolver e ampliar estratégias de apoio qualificado aos municípios na condução das ações de A&N; adequar o número de profissionais, com inclusão de outras categorias com vistas a fortalecer a interprofissionalidade; incluir as ações de A&N nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS; reforçar a atuação da área técnica no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de iniciativas e políticas intersetoriais relacionadas à A&N; ampliar a análise local e a disseminação dos dados de VAN da população para nortear as

equipes da APS no desenvolvimento das ações de A&N; fortalecer a VAN enquanto eixo estratégico para a gestão das ações de A&N nos municípios; construir plano de ação para a execução e acompanhamento dos recursos financeiros da área de A&N; incentivar a perspectiva multidisciplinar e multiprofissional na formação dos profissionais de saúde.

Na experiência relatada, foi possível identificar as fragilidades e potencialidades locais das iniciativas de A&N por meio de um levantamento detalhado e sistemático das condições, com análise dos dados coletados em cada município participante. Embora ainda incipientes, esses dados oferecem oportunidades para a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Acreditamos que a experiência relatada contribuiu efetivamente para qualificar o processo de trabalho, gerando subsídios para diagnóstico, monitoramento e avaliação do nível de implementação da PNAN, identificando fortalezas e fragilidades que vão direcionar o apoio institucional, com vistas a impulsionar a agenda de A&N no nível local.

Dessa forma, durante a experiência do diagnóstico, foram identificados desafios e potenciais limitações dessa abordagem que podem impactar a qualidade e abrangência das respostas. Entre as principais dificuldades encontradas estão as questões relacionadas à conectividade e acesso à internet, que afetaram a oportunidade das respostas de maneira rápida, necessitando de um prazo de respostas estendido. Além disso, a capacidade técnica dos respondentes variou, o que influenciou diretamente na profundidade das informações fornecidas. A

disponibilidade de tempo e a carga de trabalho dos profissionais também pode ter comprometido a dedicação necessária para um preenchimento detalhado e cuidadoso do formulário.

Diante desses desafios, recomendamos que futuros diagnósticos considerem estratégias para mitigar tais limitações, como capacitação prévia dos respondentes, suporte técnico durante o preenchimento, e a complementação dos dados coletados com entrevistas ou outras formas de validação. Essas medidas não apenas garantirão a qualidade das informações obtidas, mas também fortalecerão a eficácia das políticas públicas voltadas para A&N nos municípios pernambucanos, sobretudo a PNAN, contribuindo para melhores resultados em saúde pública e bem-estar da população local.

## Referências

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5rjQDDxqWPZ5KprPdJMLFzB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2024.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e39, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e39/pt>. Acesso em: 16 mai. 2024.

BORTOLINI, G. A., BASSO, C., JAIME, P. C. Recomendações para o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/recomendacoes-para-o-fortalecimento-da-implementacao-da-politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao/19053?id=19053>. Acesso em: 17 mai. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 16 mai. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: 20 set. 1990.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

CARMO, A. S. et al. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no âmbito do Programa Saúde na Escola: implementação e contribuição do Programa Crescer Saudável. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial, p. 129-141, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S46wkWKMJrRdmsg9knNrwSG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2024.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011. <https://www.scielo.br/j/rn/a/bsQXkg8bS43n98ZQVYL5tM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2024.

# Capítulo 7

## INTERSETORIALIDADE E CRUZAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS EM ITAJAÍ (SC)

Elinia da Silva Mateus Marsango  
Pamela Eulalia Sedrez Nicoletti

### Introdução

O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) é um programa do governo federal, que integra o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e tem como finalidade promover o acesso das pessoas em vulnerabilidade social à alimentação de qualidade, além de incentivar a agricultura familiar local. O PAA fortalece os produtores familiares e a agroecologia, favorece a economia, o meio ambiente, a produção de alimentos adequados e saudáveis e a redução da insegurança alimentar e nutricional (Brasil, 2023).

São cinco modalidades do PAA: Compra com Doação Simultânea, PAA Leite, Compra Direta, Compra Institucional e Apoio à Formação de Estoques. A adesão pode ser realizada por meio do governo estadual ou diretamente junto ao governo federal. Entre 2022 e 2024, o município de Itajaí, localizado no litoral norte

de Santa Catarina, foi contemplado com recursos das Portarias Federais MC n.º 96/2020 e MDS n.º 120/2023, para operacionalizar o PAA na modalidade Compra com Doação Simultânea, por meio de Termo de Adesão firmado junto à Secretaria da Assistência Social, Mulher e Família de Santa Catarina. Sendo assim, foram realizadas duas adesões ao PAA desde 2022, tendo em vista que o programa não possui financiamento contínuo, dependendo da publicação de portarias com recursos.

Na modalidade PAA Compra com Doação Simultânea, o governo adquire alimentos da agricultura familiar local e/ou regional, e doa às pessoas em vulnerabilidade social, atendidas na rede socioassistencial, e/ou entidades que se enquadram nos requisitos estabelecidos nas legislações do programa. Para tanto, é necessário definir o público que será beneficiado, para cadastramento das unidades receptoras, sendo que a coordenação do PAA em Itajaí optou pela adoção de critérios técnicos e pela operacionalização intersetorial.

A escolha dos critérios técnicos buscou contemplar a participação social, de modo a atender propostas deliberadas nas Conferências Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí, bem como as sugestões do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí (COMSEA) e da Câmara Municipal Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí (CAISAN), as quais estão contempladas no I Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí 2022–2025, conhecido como I PLAMSAN (CAISAN, 2022).

Para definição da estratégia de seleção dos beneficiários, foram consideradas as informações presentes no Infográfico

do Estado Nutricional dos Acompanhamentos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que apresenta dados do estado nutricional da população de Itajaí, estratificados por sexo, em diversos ciclos de vida (0 a 4 anos 11 meses e 29 dias, 5 a 10 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), nos anos de 2009 a 2019. Os dados indicam que o município está acompanhando a transição nutricional observada no país, caracterizada por altas prevalências de sobrepeso e obesidade em diversos ciclos de vida. Em alguns casos, essas prevalências são superiores às registradas no estado de Santa Catarina e no Brasil, o que demanda a adoção de medidas por parte do governo para enfrentar o problema do excesso de peso (SAS, 2022). Também foram consideradas as notificações dos casos de desnutrição grave no município, tendo em vista ser de notificação compulsória em Santa Catarina, bem como a necessidade de implantar a TRIA (Triagem de Risco de Insegurança Alimentar) na rede socioassistencial, a qual é recomendada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022a).

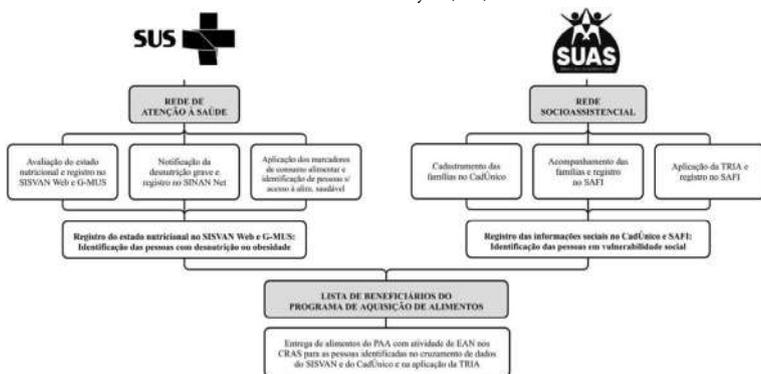
Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar informações sobre a intersetorialidade na execução do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e como é definida a lista de beneficiários do programa. O foco é garantir que pessoas com agravos nutricionais e em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, tenham acesso a alimentos saudáveis provenientes da agricultura familiar. Essa iniciativa contribui tanto para a promoção de uma alimentação adequada e saudável quanto para a redução da insegurança alimentar e nutricional.

## Desenvolvimento

O PAA é um programa de Segurança Alimentar e Nutricional e, como tal, tem como premissa ser desenvolvido intersetorialmente, tendo em vista que a intersetorialidade é um dos pilares do SISAN, além de ser fundamental na organização da atenção nutricional (Brasil, 2022b). Em Itajaí, é uma das ações previstas no I Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional 2022-2025, o qual estabelece que o PAA é responsabilidade das Secretarias de: Agricultura e Expansão Urbana, Desenvolvimento Econômico e Assistência Social.

Desde a primeira adesão ao PAA em Itajaí, a coordenação do programa definiu como públicos prioritários as pessoas com agravos nutricionais (desnutrição e obesidade) associados à vulnerabilidade social. Para identificação dessas pessoas, a coordenação do PAA estabeleceu como estratégia o cruzamento de dados do SISVAN, o qual é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), que é a porta de entrada aos benefícios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e do Sistema de Acompanhamento da Família e Indivíduo (SAFI), que é um sistema de informação privado, utilizado na rede socioassistencial pública de Itajaí, para registro do acompanhamento das famílias em toda a rede, conforme Figura 1.

**Figura 1.** Cruzamento de sistemas de informação no Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí (SC), 2024



Fonte: elaboração própria.

Nos anos de 2022 e 2023, o PAA foi operacionalizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS) com apoio da Secretaria Municipal de Agricultura e Expansão Urbana (SEAGRU). A SAS estruturou uma Central do PAA, totalmente adequada à legislação sanitária vigente, a fim de garantir a qualidade higiênico-sanitária de todos os produtos adquiridos e doados. O local foi utilizado para o recebimento dos alimentos entregues pelos agricultores familiares, separação e montagem das cestas verdes do PAA, além das atividades administrativas do programa e atendimento aos agricultores familiares. Nesses anos, a SAS foi responsável pelo levantamento de informações junto ao SISVAN, CadÚnico e SAFI, para definição do público beneficiário.

Quanto à definição do tipo de relatório a ser acessado no SISVAN Web, optou-se pela utilização dos relatórios de acompanhamentos do SISVAN e não dos beneficiários do

Programa Bolsa Família (PBF), pois apenas uma parcela da população inscrita no CadÚnico é beneficiária do PBF. Segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Itajaí possui uma população de 264.054 habitantes (IBGE, 2022) e, de acordo com o Relatório de Informações Sociais do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o município possui 50.214 pessoas inscritas no CadÚnico, sendo que dessas, 19.505 são beneficiárias do PBF, ou seja, apenas 38,84% da população inscrita no CadÚnico recebe benefício do PBF (MDS, 2023).

Sendo assim, ao acessar os relatórios dos acompanhamentos do PBF, será considerada apenas uma parcela do público inscrito no CadÚnico e que já recebe benefício social do governo. Por este motivo, o acesso dos Relatórios de Acompanhamento do SISVAN amplia o público, possibilitando que pessoas que estão no CadÚnico, mas não são beneficiárias do PBF, possam acessar o PAA.

Nos anos de 2022 e 2023, foram beneficiadas as pessoas com desnutrição ou obesidade associada à vulnerabilidade social, em todos os ciclos de vida, e o recebimento das cestas foi pontual, de modo a abranger o maior número possível de pessoas, exceto as pessoas notificadas em desnutrição grave, que receberam a cesta até o final da vigência da Portaria.

Ao término dos recursos financeiros da Portaria Federal MC n.º 96/2020, correspondente à primeira adesão de Itajaí ao PAA, foi realizada a avaliação do programa, de modo a identificar as questões a serem aprimoradas na adesão subsequente. Foram identificados dois pontos cruciais para melhoria da oferta de alimentos saudáveis à população: 1) Fortalecimento da

agricultura familiar, de modo a ampliar a variedade dos alimentos disponíveis no programa e aumentar o número de produtores locais e a participação de mulheres; 2) Definição de critérios mais específicos quanto ao público beneficiário, especialmente no que tange ao estado nutricional e à faixa etária das pessoas a serem beneficiadas, bem como o período de recebimento do benefício.

Sendo assim, após ampla discussão entre governo e sociedade civil, no âmbito de comissão temática permanente do COMSEA, optou-se por delimitar a faixa etária do público a ser beneficiado, para as entregas não serem mais pontuais, mas sim pelo prazo de quatro meses, favorecendo o acesso da população vulnerável a alimentos saudáveis por um período maior, corroborando para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e para a melhoria das condições de saúde. No caso das pessoas notificadas em desnutrição grave, independente do ciclo de vida, ficou definido o recebimento das cestas do PAA até a recuperação do estado nutricional, não havendo tempo preestabelecido para recebimento dos alimentos, exceto no caso de término da vigência da Portaria ou dos recursos financeiros.

Em 2024, a coordenação do PAA buscou ampliar a intersetorialidade na operacionalização do programa, impulsionada pelo LUPPA (Laboratório Urbano de Políticas Públicas Alimentares) do Instituto Comida do Amanhã. O programa passou a ser operacionalizado pela SEAGRU, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, SAS, Instituto Itajaí Sustentável (INIS), Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI) e universidade comunitária local.

Foram planejadas diversas atividades nas etapas de produção dos alimentos, adesão ao programa, aquisição dos produtos da agricultura familiar, doações aos beneficiários, orientações para o consumo dos alimentos e gestão dos resíduos provenientes das operacionalizações do programa, de modo a viabilizar um sistema alimentar circular, conforme Figura 2. O planejamento das atividades foi elaborado em conjunto com representantes das diversas Secretarias Municipais envolvidas no PAA, conselheiros do COMSEA, membros da CAISAN e equipe LUPPA de Itajaí, de modo a garantir a intersecretorialidade e a participação social desde a concepção do planejamento.

**Figura 2.** Sistema alimentar circular com atividades intersecretoriais no Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí (SC), 2024



Fonte: elaboração própria.

A SEAGRU estruturou uma nova Central do PAA, atendendo aos requisitos estabelecidos nas legislações sanitárias vigentes, a qual possui uma cozinha industrial, disponibilizada para as agricultoras familiares produzirem os alimentos agroindustriais ofertados no programa. O INIS e a SEAGRU implementaram o pomar do PAA, onde as agricultoras podem colher frutas para utilizar no preparo dos alimentos na cozinha do PAA. O INIS também realiza a compostagem dos resíduos orgânicos gerados pelas atividades do programa, transformando-os em composto orgânico, que é utilizado no próprio pomar do PAA. Assim, Itajaí estabeleceu um sistema alimentar circular dentro do PAA, em que os resíduos orgânicos são reaproveitados como composto para o cultivo de alimentos, fechando o ciclo e promovendo a sustentabilidade no programa. Quanto ao levantamento de informações para definição dos beneficiários, buscando ampliar a intersetorialidade e a integração entre SUS, SUAS e SISAN, a Secretaria Municipal de Saúde ficou responsável pelo levantamento de dados no SISVAN, e a SAS pela consulta no CadÚnico e no SAFI. De posse desses dados, os mesmos são organizados em uma planilha, agrupando as UBS de acordo com os territórios dos CRAS.

A partir dessas informações, considerando os recursos financeiros disponíveis, o público prioritário beneficiário do PAA, o estado nutricional da população em cada ciclo de vida, os dados sobre vulnerabilidade social no município e as propostas do COMSEA e da CAISAN contempladas no I PLAMSAN, a coordenação do PAA definiu os públicos a serem atendidos pelo programa em 2024, com base nos recursos estabelecidos pela Portaria Federal MDS n.º 120/2023, sendo eles:

- Pessoas em situação de rua;
- Pessoas com deficiência (PCD);
- Pessoas internadas nos hospitais beneficentes existentes no município;
- Mulheres vítimas de violência que estão em acolhimento institucional;
- Pessoas em risco de insegurança alimentar, mediante aplicação da TRIA nos CRAS ou em consulta com nutricionistas na Atenção Primária à Saúde (APS);
- Pessoas notificadas em desnutrição grave em todos os ciclos de vida;
- Gestantes de baixo peso associada à vulnerabilidade social;
- Crianças de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias com magreza acentuada (IMC e altura/idade) associada à vulnerabilidade social;
- Adolescentes com obesidade e obesidade grave associada à vulnerabilidade social.

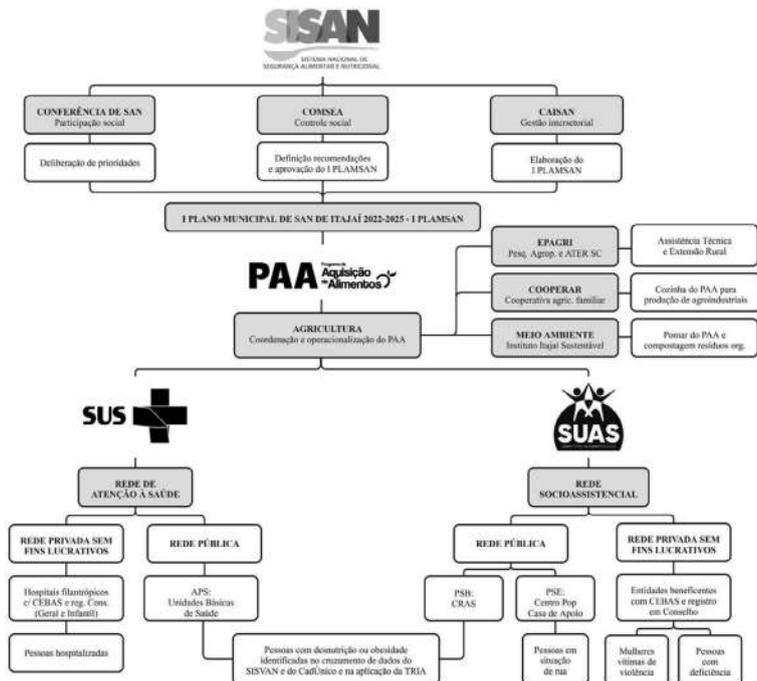
Para identificação das gestantes, crianças e adolescentes, definidos como público prioritário do PAA, são acessados os relatórios restritos de acompanhamentos do SISVAN, possibilitando o levantamento de informações, como nome e endereço, as quais são imprescindíveis para a localização das pessoas a serem beneficiadas pelo programa. A partir dessas informações, é realizada a consulta no CadÚnico e no SAFI, para verificar a situação de vulnerabilidade social. Quando é detectada a associação da

má nutrição e da vulnerabilidade social, a pessoa é incluída na lista de beneficiários do PAA. Todo o cruzamento de informações é realizado manualmente, pois o SISVAN e o CadÚnico não possuem identificador numérico em comum, para cruzamento rápido das informações.

Além disso, há uma articulação com a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) para a notificação de casos de desnutrição grave e identificação de pessoas em risco de insegurança alimentar. As nutricionistas que realizam o acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) aplicam a Triagem Rápida de Insegurança Alimentar (TRIA) e encaminham as informações à coordenação do PAA, para que esses indivíduos sejam incluídos na lista de beneficiários do programa.

O fluxograma de operacionalização do PAA em Itajaí, que ilustra a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), além da intersetorialidade entre o COMSEA, CAISAN, Saúde, Assistência Social, Agricultura, Meio Ambiente, EPAGRI, cooperativas de agricultores familiares e as Unidades Receptoras, está representado na Figura 3.

**Figura 3.** Intersetorialidade no Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí (SC), 2024



Fonte: elaboração própria.

A operacionalização do PAA envolve diversas etapas administrativas e operacionais, conforme Figura 4. A montagem das cestas verdes do PAA busca garantir a diversidade dos alimentos adquiridos. A entrega considera os públicos prioritários, definidos pela coordenação do PAA, e se dá nos CRAS, tendo em vista que a doação de alimentos do PAA diretamente às famílias somente é permitida por meio da Rede de Proteção Social Básica do SUAS. Sendo assim, é essencial o cadastramento desse equipamento público como unidade recebedora do PAA, para

a entrega de alimentos na forma de cestas para as famílias. As demais unidades receptoras ofertam os alimentos do programa por meio de refeições.

**Figura 4.** Recebimento, conferência, pesagem, montagem das cestas, armazenamento e distribuição dos alimentos do Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí (SC), 2023.



Fotos: arquivo pessoal.

A entrega das cestas verdes nos CRAS é realizada em grupos com rodas de conversa de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), seguindo as estratégias do Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas. As atividades buscam orientar os usuários acerca do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), alimentação saudável, aproveitamento integral dos alimentos e habilidades culinárias, de forma a otimizar os

alimentos doados pelo PAA, entre outras orientações baseadas nos guias alimentares brasileiros.

A oferta das cestas verdes do PAA, contendo alimentos in natura e outros produtos provenientes da agricultura familiar, proporciona às pessoas em situação de vulnerabilidade, que enfrentam extremos de má nutrição, o acesso a uma alimentação adequada e saudável. Isso contribui para a melhoria das condições alimentares e nutricionais dessas pessoas, acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde.

## **Considerações finais**

Esta experiência inovadora tem-se demonstrado exitosa, pois favorece a intersetorialidade, o fortalecimento da agricultura familiar, o aumento na produção de alimentos saudáveis, o fomento aos circuitos curtos de comercialização, a promoção do DHAA, a EAN, a recuperação do estado nutricional da população mais vulnerável e a implementação de diversas ações previstas no I PLAMSAN. Além disso, favorece a integração entre SUS, SUAS e SISAN e a intersetorialidade entre saúde, assistência social, agricultura, meio ambiente, COMSEA, CAISAN, EPAGRI e cooperativa de agricultores familiares, e desperta a possibilidade de adaptação da mesma para outras realidades, inclusive, de modo a favorecer outros públicos atendidos na APS.

A experiência tem inspirado outros municípios que buscam a integração entre SUS, SUAS e SISAN, sendo a mesma selecionada para apresentação oral na I Mostra de Experiências de Alimentação e Nutrição no SUAS que ocorreu durante o I Fórum Nacional de Nutricionistas na Assistência Social (I

FNNAS), possibilitando o compartilhamento com os municípios participantes (Wosniaki; Marsango; Girardi, 2024).

O envolvimento do COMSEA no PAA, por meio das comissões temáticas permanentes, as quais participam da escolha dos critérios técnicos para seleção do público beneficiário, bem como na definição do período de recebimento das cestas e no controle social do programa favorece o fortalecimento dessa instância do SISAN. A publicação de resoluções do COMSEA, com as deliberações acerca do PAA, favorece que as estratégias adotadas na operacionalização do programa tenham continuidade, independente da pessoa que esteja à frente da coordenação ou de possíveis mudanças na gestão municipal.

A efetivação das políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, especialmente o PAA, demanda diversos desafios: a efetivação da intersetorialidade requer inúmeras articulações institucionais; a integração dos sistemas de informação SISVAN e CadÚnico exige que os mesmos tenham um identificador em comum; o PAA não possui financiamento contínuo; os recursos disponibilizados ao PAA não podem ser utilizados para a aquisição de outros materiais essenciais à execução do programa; as instâncias do SISAN não dispõem de financiamento; o COMSEA, instância responsável pelo controle social do PAA, não realiza o registro das entidades a serem beneficiadas pelo programa, ficando a cargo de outros conselhos de políticas públicas, entre outros desafios a serem superados no dia a dia.

Entretanto, a otimização dos recursos existentes no município, a efetivação da intersetorialidade, o fortalecimento das instâncias do SISAN e a criatividade no desenvolvimento de estratégias para a superação dos desafios, são condições essenciais

para a execução exitosa das políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, voltadas à Alimentação e Nutrição do público atendido na Atenção Primária à Saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Insegurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: **Manual de Identificação dos Domicílios e Organização da Rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.628, de 20 de julho de 2023**. Institui o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Cozinha Solidária. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2023]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14628.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14628.htm). Acesso em: 22 mai. 2024.

CAISAN – Câmara Municipal Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí. **I Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Itajaí 2022-2025**. Itajaí: CAISAN, 2022. Disponível em: <https://sedac.itajai.sc.gov.br/d/192>. Acesso em: 4 jun. 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/itajai/panorama>. Acesso em: 8 jun. 2024.

MDS – Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Relatório de Programas e Ações Município de Itajaí/SC**. Brasília: MDS, 2024. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/?codigo=420820&aM=0>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SAS – Secretaria Municipal de Assistência Social. **Infográfico do Estado Nutricional dos acompanhamentos do SISVAN em Itajaí de 2009 a 2019**. Itajaí: SAS, 2022.

WOSNIAKI, Aleksandro; MARSANGO, Elinia da Silva Mateus; GIRARDI, Patricia (org.). **Experiências da I Mostra de Alimentação e Nutrição no SUAS**. [S.I.]: Coletivo de Nutricionistas no SUAS, 2024. *E-book* (76 p.). ISBN 978-85-98429-53-3. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1KC8A2x\\_5mYV-o0udX-dBb-wEeJkYhNK8/view?pli=1](https://drive.google.com/file/d/1KC8A2x_5mYV-o0udX-dBb-wEeJkYhNK8/view?pli=1). Acesso em: 15 jun. 2024.

# Capítulo 8

## MELHORIAS NAS FERRAMENTAS DE TRABALHO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES E ALCANCE DE METAS/COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA SAÚDE

Jaqueline Nascimento Vieira  
Raquel Souza da Silva  
Lidiane Souza da Silva

### Introdução

Para a execução da assistência à saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, são necessários diversos processos de trabalho que envolvem desde a gestão até o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (UFMG, 2009). Tendo em vista a relevância das informações referente aos usuários, alcance de metas e integralidade no trabalho, a Coordenação de Alimentação e Nutrição do Careiro adaptou algumas fichas e mapas com o intuito de melhorar a coleta de dados, alcançar metas propostas e integrar as informações com outros setores.

As adaptações das fichas e mapas já propostas pelo Ministério da Saúde deram-se no início do ano de 2021 e, em 2023, tendo melhorias em resposta nos resultados analisados e alcançados. As adaptações relacionadas às Fichas de Marcadores

de Consumo Alimentar, Ficha do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Mapa do Programa Bolsa Família na Saúde (PBF na Saúde), Ficha da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) e o registro de cadastro do cidadão em algum programa social, foram integrados em uma única ficha a qual foi dada o nome de Ficha Integradora da VAN (Vigilância Alimentar e Nutricional). Para este uso, foram realizadas capacitações com as equipes de Saúde da Família (eSF) para entender as adaptações e sua finalidade.

Este trabalho é realizado no município de Careiro, localizado na região próxima a Manaus e ao Alto Rio Negro, no estado do Amazonas, que conta com uma população de 30.792 habitantes, conforme estimativa do IBGE no final de 2022. Nesse território, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma UBS Fluvial, nove equipes ribeirinhas, 44 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem, 123 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma equipe multidisciplinar com 2 a 7 profissionais e 16 médicos. Considere-se a Atenção Primária À Saúde (APS) a porta inicial de acesso dos residentes ao SUS e contato prioritário como meio de obtenção de informações, assim, apresentando enorme potencial de contribuição à garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN) tendo capacidade para atuação no rastreamento e identificação da insegurança alimentar (IA), promoção da SAN e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), tornando esta contribuição mais especial principalmente em áreas com altos índices de vulnerabilidade social e econômica. Ao assumir as funções de ordenação da rede intersetorial e coordenação

equitativa do cuidado à saúde e nutrição da população, a APS torna-se importantíssima neste rastreamento e a identificação da prevalência de IA nos territórios tem o potencial de subsidiar políticas públicas com foco na agenda de SAN (Brasil, 2022).

Ainda nesse contexto, as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição são a base para a execução das ações de Alimentação e Nutrição na APS. Tendo em vista melhorar o trabalho exercido pela Coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional do território, dá-se a liberdade de exercer ações para potencializar este serviço (Bortolini *et al.*, 2020). É com este foco que se deu origem à estratégia de elaboração da Ficha Integradora da VAN.

Por meio dessa adaptação na ferramenta de trabalho, além das melhorias no cumprimento de metas e no fornecimento de informações para alimentar os sistemas e-SUS APS e o Programa Bolsa Família na Saúde, a Coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional do município também pôde realizar um levantamento dos residentes do território identificados em risco de insegurança alimentar (RIA), utilizando a Triagem de Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) e analisando o estado nutricional dessas pessoas.

Dado que os parâmetros antropométricos são considerados indicadores diretos e de grande importância para a avaliação do estado nutricional (Brasil, 2012), comumente são aferidas as seguintes medidas: peso, estatura ou comprimento (para crianças menores de 2 anos) e circunferência da cintura (apenas para adultos). De maneira geral, as medidas antropométricas são realizadas com equipamentos de baixo custo e fácil aquisição, além de serem utilizadas técnicas não invasivas, assim, pode

ser realizada também à beira do leito do paciente cuja obtenção dos resultados é rápida. As mensurações devem ser realizadas por profissionais devidamente capacitados e treinados para que os resultados possam caracterizar a fidedignidade do método (Duarte, 2002). Uma das limitações da antropometria é a incapacidade de detectar deficiências nutricionais de vitaminas e minerais, além de outras alterações que colaborem para o estado nutricional do indivíduo.

No que se refere à identificação do RIA no território, esse processo é realizado através da TRIA, um instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde, baseado na Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (Ebia). A Ebia classifica os domicílios em quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve, Insegurança Alimentar Moderada ou Insegurança Alimentar Grave. Já a TRIA, utiliza duas perguntas para determinar se a família ou o indivíduo se encontra em uma situação de Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve ou Insegurança Alimentar Moderada/Grave. As classificações são feitas com base nas respostas às perguntas: se ambas forem “não”, classifica-se como Segurança Alimentar; se houver um “sim” e um “não”, como Insegurança Alimentar Leve; e se ambas forem “sim”, como Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (Brasil, 2022).

No Brasil, compreende-se a IA como a falta de acesso a uma alimentação adequada e saudável, condicionada predominantemente às questões de renda. O relatório “O Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo”, atualizado no ano de 2023, relata que em 2022 o Brasil apresentou 70,3 milhões de pessoas em estado de IA. O

contexto descrito evidencia a importância da Vigilância Alimentar e Nutricional no território do município de Careiro, visando desenvolver métodos de coleta de dados e nortear estratégias de garantia da SAN.

Cabe acrescentar que, em 2016, Alencar relata como agravante do cenário apresentado, a escassez de dados referentes ao estado nutricional e seus determinantes dentre a população da Região Norte, principalmente no contexto rural e nos pequenos municípios do Amazonas. Em referência a esta declaração, observa-se que as informações obtidas por meio da ferramenta de trabalho adaptada pela Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição do Careiro (CMAN) possibilitam a obtenção de informações sobre o consumo alimentar, dados antropométricos (peso e estatura) e risco de insegurança alimentar (leve, moderada ou grave) com o intuito de avaliar o estado nutricional do residente que se encontra em RIA. Assim, objetiva-se buscar melhorias no cenário por meio da articulação com outros setores, desenvolver ferramentas de trabalho para qualificação da assistência, diminuir custos com impressos, obter informações de forma integradora e divulgar os resultados gerados junto as lideranças da SEMSA, órgãos governamentais e eventos.

## **Desenvolvimento**

O levantamento de dados para a execução deste trabalho ocorreu com todas as faixas etárias, ambos os sexos (feminino e masculino) e em todas as classes sociais. A coleta de informações ocorreu por meio das visitas domiciliares realizadas pelos

Agentes Comunitários de Saúde de suas respectivas áreas de abrangência, coletando os dados dos residentes seguindo as solicitações descritas na Ficha Integradora da VAN e também por meio do exercício de trabalho de qualquer outro profissional da saúde, porém considerando como “coleta de ouro” as realizadas nos domicílios, já que nem todos os residentes do território comparecem nas UBS's ou ações realizadas pela equipe de saúde.

A adaptação do Mapa do Programa Bolsa Família na Saúde e o desenvolvimento da Ficha Integradora da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), uma adaptação da ferramenta de trabalho baseada nas fichas e mapas já existentes do Ministério da Saúde, ocorreram por meio de um processo dividido em etapas. Primeiramente, foram analisados os resultados ao longo do tempo, avaliando o desempenho dos profissionais de saúde no uso das ferramentas disponíveis. Em seguida, foram realizadas reuniões presenciais com as equipes de Saúde da Família (ESF) para entender os motivos das metas não atingidas, identificar os erros comuns nas fichas e mapas, compreender a razão da escrita inadequada (ilegível) e ouvir outras queixas relacionadas aos métodos de trabalho.

Entre as principais queixas estavam o espaço limitado nas fichas e a quantidade excessiva de documentos necessários para as coletas. Com base nessas informações, iniciou-se o processo de adaptação, visando melhorar os instrumentos de trabalho e, assim, otimizar o desempenho e a análise das informações coletadas. Após identificar os aspectos que causavam dificuldades às equipes de saúde em relação às ferramentas de trabalho, foi elaborado um planejamento para iniciar as primeiras adaptações

nos mapas e fichas. Em seguida, foram realizadas capacitações com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de implementar a nova ficha no território. As capacitações foram conduzidas pela coordenadora de Vigilância Alimentar e Nutricional, pela coordenadora do Sistema de Informação e pela suplente do Programa Bolsa Família na Saúde. Elas ocorreram nas dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas equipes ribeirinhas da zona rural, in loco, enquanto as três UBS da zona urbana participaram de forma conjunta no auditório da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Careiro. Nessas capacitações, foi enfatizada a importância da unificação dos dados, da redução da quantidade de papéis e da melhoria na qualificação e quantificação dos registros. Na etapa final, foram avaliados os resultados obtidos após o uso das ferramentas de trabalho adaptadas.

Os métodos utilizados para avaliar o estado nutricional das crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, fez uso do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), adotando como critério de classificação os valores para idade e sexo e os respectivos pontos de corte propostos pela World Health Organization (WHO) e utilizou-se as tabelas das cadernetas da criança e do adolescente proposta pelo Ministério da Saúde. As medidas de peso (em quilogramas), altura (metros) e comprimento (centímetros) foram obtidas em balança digital portátil, com precisão de 100 g, e em estadiômetro portátil escalonado em 0,1 cm ou fita métrica (Brasil, 2012).

Assim como em toda ficha ou mapa proposto pelo Ministério da Saúde (MS), a Ficha Integradora da Vigilância

Alimentar e Nutricional (VAN) segue o mesmo modelo e inclui todas as informações necessárias sobre o cidadão, como: nome, Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou CPF, data de nascimento, sexo, local de coleta das informações (UBS, domicílio, rua, abrigo, escola, entre outros), data da coleta e Número de Identificação Social (NIS), caso o cidadão participe de algum programa social. As informações sobre o consumo alimentar foram obtidas das perguntas contidas na Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar (FMCA), utilizada pelo Ministério da Saúde. Esta, por sua vez, tem perguntas voltadas para todas as todas as faixas etárias. O bloco da FMCA é subdividido em três, que são: consumo alimentar de crianças a partir de 15 dias de vida a 6 meses, consumo alimentar de crianças a partir de 6 meses a 23 meses, e consumo alimentar para crianças a partir de 2 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos (Brasil, 2015).

As informações referentes à antropometria, como peso e estatura (para maiores de 2 anos) ou comprimento (para menores de 2 anos) (Brasil, 2015), consumo alimentar e a Triagem de Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) são todas coletadas em um único instrumento, a Ficha Integradora da VAN. Esses dados são coletados duas vezes ao ano: a primeira vigência ocorre de janeiro a junho, e a segunda, de julho a dezembro.

No tocante, a análise quantitativa das informações é realizada por meio do envio das fichas pelas equipes, recebidas pela coordenação da VAN ou coordenação do sistema de informação (SIS) para serem analisados possíveis erros ou falta de informações e assim serem lançadas no sistema com a equipe de digitadores.

Com as informações estabelecidas, foi elencado no programa Word, em tabela, os nomes dos residentes, descrito em campos por família e por área de abrangência, dessa forma facilita encontrar esses cidadãos identificados em RIA para o caso de intervenções. Por meio desta lista, a CMAN solicitou uma reunião com o secretário da SEAS do Careiro em conjunto com a coordenadora do CRAS e CadÚnico, com o intuito de integralizar os serviços em prol desses cidadãos identificados em RIA.

Os resultados alcançados serão observados nas Tabelas 1 e 2:

**Tabela 1.** Resultados alusivos às adaptações do Mapa do Programa Bolsa Família na Saúde

Descrição	%
Aceitação pelos profissionais da Saúde	100%
Melhoria nas obtenções de dados	90%
Dados antes não informados	60%
Entendimento da escrita	95%

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 2.** Resultados alcançados por meio da Ficha Integradora da VAN

Descrição	2021	2022	2023
Programa Bolsa Família na Saúde/Plano Municipal de Saúde	75,00%	84,43%	85,01%
Marcadores de consumo alimentar	4.543	6.802	14.106
Triagem de risco de Insegurança Alimentar	-	345	4.004
Conhecimento de participação de algum programa social	-	-	14.106

Fonte: elaboração própria

Este trabalho tem como objetivo integrar informações, qualificar a coleta de dados e obter um melhor diagnóstico por

meio da associação dos dados. Ao analisar os dados obtidos, é possível perceber que a escolha deste instrumento permite que a CMAN observe em conjunto o consumo alimentar do indivíduo, o estado nutricional e o RIA.

Além disso, é realizada a avaliação antropométrica de todos os moradores do domicílio, buscando identificar sinais de má nutrição, seja desnutrição ou excesso de peso (Brasil, 2022). Essa abordagem permite relacionar a dieta à ocorrência de doenças, uma vez que avalia a ingestão alimentar da população. O método possui boa reprodutibilidade, validade aceitável e se destaca por ser prático, informativo, de fácil aplicação e baixo custo.

## **Considerações finais**

A partir do entendimento do trabalho e das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde deste município, foram identificadas as necessidades de adaptação nas ferramentas de trabalho mais utilizadas no território, visando à obtenção de informações da população de maneira mais eficiente. Essa estratégia de trabalho resultou em experiências positivas, como a redução da quantidade de papéis utilizados, maior aceitação por parte dos profissionais de saúde, diminuição de custos com impressos, melhoria no alcance de metas, maior eficiência no monitoramento e identificação de problemas, além de promover a integração, articulação e incentivo ao trabalho em rede no município de Careiro.

Dessa forma, embora o processo tenha iniciado em 2021, os resultados estão gradualmente se tornando visíveis. A

coordenação de Alimentação e Nutrição do município, com o apoio do coordenador de Atenção Básica, da coordenação do Sistema de Informação, da coordenação de Planejamento e da Secretaria de Saúde, conseguiu desenvolver esta ferramenta de trabalho, obtendo diversos dados essenciais para o desempenho das equipes. O trabalho continua em busca de melhorias mais didáticas que possam favorecer ainda mais os processos de trabalho.

## Referências

ALENCAR, F. H. **Insegurança Alimentar e Nutricional no Amazonas**. Manaus: Ed. INPA. Instituto Nacional da Amazônia, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos. **Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2015.

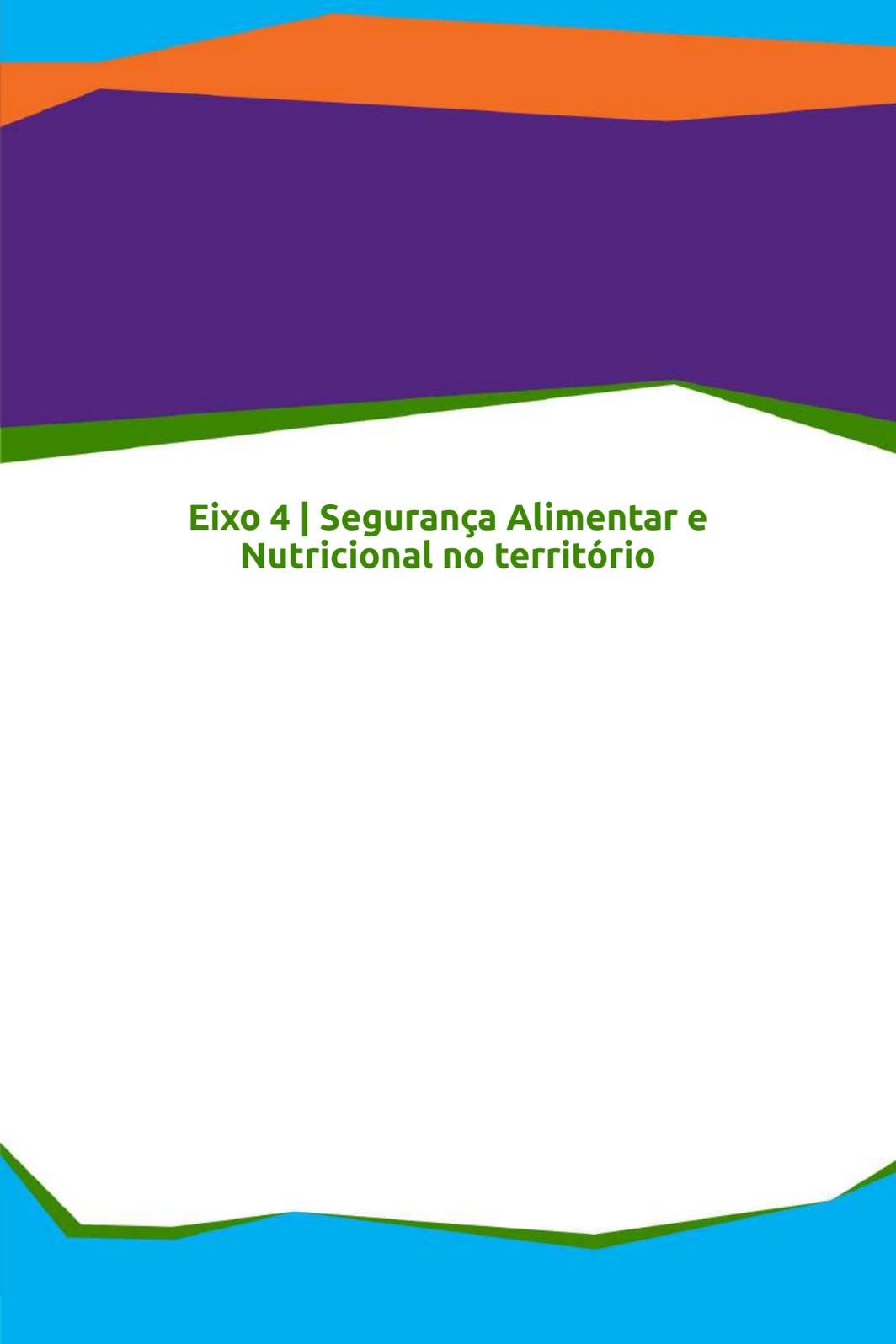
BRASIL. Ministério da Saúde. Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde. **Manual de Identificação dos Domicílios e Identificação da Rede e Organização da Rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BORTOLINI, G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e39, 2020.

DUERTA, A. C.; CASTELLANI, F. R. **Medidas Antropométricas e Avaliação Subjetiva Global**. In *Semiologia Nutricional*. Axcel; 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE BELO HORIZONTE. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/Nescon**. 2. ed. UFMG, 2009.





**Eixo 4 | Segurança Alimentar e  
Nutricional no território**



# Capítulo 9

## AGRICULTURA FAMILIAR TRADICIONAL E ALIMENTAÇÃO ESCOLAR: COMO UNIR SAÚDE, GERAÇÃO DE RENDA SUSTENTÁVEL E SEGURANÇA PÚBLICA EM UMA AÇÃO ÚNICA

**Comissão de Alimentos Tradicionais dos Povos no Amazonas (Catrapoa) e Mesa de Diálogo Permanente Catrapovos Brasil (MDP Catrapovos Brasil)**

Fernando Merloto Soave

### Contexto

Em 2024 são completados 25 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e dez anos do Guia Alimentar para a População Brasileira. Em referência a este marco, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) expediu a recomendação n.º 06/2024<sup>1</sup> de modo a tornar as proposições da Política e do Guia realidades no dia a dia brasileiro. A PNAN foi aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado brasileiro por meio de um conjunto de políticas públicas e propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Buscando consolidar-se como uma referência para

<sup>1</sup> Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/3375-recomendacao-n-006-de-14-de-marco-de-2024>. Acesso em: 2 out. 2024.

os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Neste contexto, as políticas públicas, em especial aquelas que buscam garantir alimentação saudável e culturalmente adequada para crianças, adolescentes e jovens, devem estar integradas à PNAN para garantir que seus propósitos sejam efetivados. Apesar de senso comum, não é demais recordar que uma alimentação saudável (aliada a outros hábitos como exercícios físicos regulares, por exemplo) é fundamental para prevenir doenças e, com isto, diminuir a pressão e os custos que recaem sobre o SUS.

Os povos indígenas e comunidades tradicionais (PCTs), com seus conhecimentos ancestrais, práticas culturais, modos de vida e sistemas agrícolas e extrativos tradicionais, desempenham um papel fundamental e estratégico na conservação dos biomas e na manutenção de ambientes saudáveis e ecologicamente equilibrados. Além disso, suas ações contribuem significativamente para o enfrentamento da grave crise climática que vivenciamos atualmente.

Ao longo de séculos, povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas e outras comunidades tradicionais demonstram a importância de estabelecer uma relação ética entre o ser humano e o meio ambiente. Essa relação é fundamentada em profundos saberes e práticas de uso e manejo sustentável das

paisagens e da biodiversidade, contribuindo para a preservação e equilíbrio dos ecossistemas.

Diante dos inúmeros desafios enfrentados pelas populações e pela floresta, torna-se cada vez mais necessário estabelecer novos modelos de conduta e atuação no território, com o objetivo de considerar, direcionar e apoiar a interação socioambiental e a colaboração entre diferentes atores sociais de forma assertiva e colaborativa. A construção de novas referências requer diálogo e cooperação entre governos, organizações da sociedade civil, instituições de pesquisa, empresas, mas, principalmente, com a participação das próprias comunidades locais.

Apesar de desempenharem um papel tão crucial na conservação da Amazônia e de outros domínios biogeográficos, os povos indígenas e comunidades tradicionais enfrentam uma realidade de precariedade ou até ausência de infraestrutura e serviços públicos essenciais, como educação, saúde e saneamento, especialmente nas áreas rurais da Amazônia e em outras regiões do Brasil onde vivem. Isso agrava ainda mais as dificuldades para essas populações, que são fundamentais para a preservação ambiental.

De acordo com a Lei n.º 11.947, de 16 de junho de 2009, que dispõe sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o emprego da alimentação saudável e adequada, compreende o uso de alimentos variados, seguros, produzidos em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares rurais, inclusive povos indígenas e comunidades quilombolas. Um dos propósitos da lei é garantir o respeito à cultura, às tradições e aos hábitos alimentares saudáveis, conforme o contexto local de cada escola e povo, contribuindo

assim para o crescimento e o pleno desenvolvimento dos alunos, e a melhoria do rendimento escolar, em conformidade com a sua faixa etária e estado de saúde.

A lei determina que do total de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), no mínimo 30% deve ser utilizado na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar, do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, priorizando-se a compra junto a assentamentos da reforma agrária, comunidades indígenas e quilombolas e organizações (formais e informais) de mulheres. No entanto, muitos municípios e estados ainda não cumprem a legislação. Em reforço à lei, em 2020, a Resolução n.º 06 do FNDE, passou a determinar que as entidades responsáveis pelas compras no âmbito do PNAE que não adquirirem este mínimo de 30% da agricultura familiar terão que devolver o recurso recebido.

Quando se trata das escolas localizadas nos territórios tradicionais ou frequentadas por povos indígenas e comunidades tradicionais, a falta de sensibilidade dos órgãos públicos em relação à alimentação escolar afeta diretamente a cultura, a saúde, a segurança alimentar e nutricional e a geração de renda dessas comunidades. Por isso, se fez necessário criar e adotar abordagens integrativas e sensíveis às especificidades dos modos de vida tradicionais, visando soluções sustentáveis e eficazes, para dentro e fora do território. Note-se que a PNAN e o PNAE são estruturados para garantir esta alimentação saudável e culturalmente adequada aos alunos, contudo isto ainda não é a realidade de grande parte do país e dos povos.

## A Catrapoa

Em 2016, durante uma visita do Ministério Público Federal do Amazonas (MPF/AM) à Terra Indígena (TI) Yanomami para acompanhar um projeto de etnoturismo no Yaripo (Pico da Neblina) e uma assembleia do povo Yanomami, foram constatados os impactos desses desafios sobre as comunidades. Em particular, observou-se o efeito negativo sobre a alimentação escolar, que resultou na descaracterização da cultura alimentar e dos hábitos tradicionais ancestrais. Essa situação viola a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), além da própria Constituição Federal.

O que se observou é que, cada vez mais, os alimentos tradicionais indígenas têm sido substituídos por gêneros alimentícios industrializados – processados e ultraprocessados –, ou de origem irregular. Isso ocorre apesar da riquíssima agrobiodiversidade presente nos roçados, bem como dos recursos provenientes da caça, pesca e extrativismo vegetal nas aldeias e comunidades. Essa mudança não só compromete a saúde das populações indígenas, mas também ameaça a preservação de seus conhecimentos e práticas alimentares ancestrais.

A partir de reuniões realizadas em 2016 no MPF/AM, o tema foi levantado para buscar soluções para as problemáticas identificadas. Nesse sentido, germinou sob a coordenação do MPF a Comissão de Alimentos Tradicionais dos Povos no Amazonas (Catrapoa), arranjo interinstitucional que reúne periodicamente

membros e lideranças das organizações da sociedade civil (de base e de apoio às comunidades), órgãos federais, estaduais e municipais de governo, como Secretarias Municipais e Estadual de Educação, o Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa), por meio da superintendência do Amazonas, a Agência de Defesa Agropecuária e Florestal (Adaf) do estado, o Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas (Idam), a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio), o Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar (Cecane), o FNDE, a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), a Cooperação Técnica Alemã (GIZ), entre outros.

A Catrapoa, enquanto mediadora de conflitos e construtora de soluções, tem o objetivo de operacionalizar, gerir e promover estratégias para viabilizar a comercialização dos produtos de povos indígenas e comunidades tradicionais, ou seja, garantir o cumprimento das leis e da Constituição Federal para uma alimentação saudável e culturalmente adequada nas escolas. Uma das primeiras tarefas do grupo foi rever e adequar as interpretações legais vigentes até então sobre normas sanitárias incidentes sobre os produtos desses povos, com o intuito de adequar a aquisição de alimentos pelas prefeituras, governos de estado e federal com os recursos do PNAE.

Dessa forma, foi objeto de diálogos e articulações da Catrapoa o atendimento da demanda de alimentação escolar nas aldeias e comunidades, por meio da compra dos produtos diretamente dos próprios indígenas (e comunidades tradicionais), o que contribuiria também para a geração de renda lícita e

sustentável para as comunidades. Havia, então, entendimentos que geravam entraves sanitários que impossibilitavam a aquisição de itens básicos da dieta amazônica, como peixe, galinha, farinha e polpa de frutas, especialmente por demandar onerosas medidas e autorizações sanitárias para a comercialização desses produtos pelas comunidades.

Diante deste cenário, foi essencial iniciar um trabalho em rede no estado do Amazonas e no âmbito da Catrapoa, e o primeiro desafio abordado foi esta questão sanitária. Naquele momento, o entendimento predominante era de que, para que os produtos alimentícios gerados por povos indígenas fossem adquiridos pelo estado e distribuídos nos equipamentos públicos (como escolas), atendendo às próprias comunidades, esses itens precisariam passar por um sistema de embalagem, avaliação e registro pelos órgãos sanitários competentes. No entanto, devido à grande distância entre a capital do estado, Manaus, e a maioria das terras indígenas e territórios de comunidades tradicionais, a logística de deslocamento dos alimentos congelados e industrializados se tornava praticamente inviável e desconectada da realidade dessas comunidades. Além disso, o processamento exigido para atender a essas normas desrespeitava a cultura alimentar dos povos indígenas e comunidades tradicionais, comprometendo a integridade de suas práticas alimentares e sistemas de produção.

Além disso, as escolas situadas nas comunidades em geral não possuem rede de energia, dificultando o armazenamento desses produtos. Muitos alimentos enviados para as escolas, pelas secretarias de educação municipais e estadual, são produtos

processados e ultraprocessados<sup>2</sup>, descontextualizados de sua cultura alimentar.

Por meio de uma Nota Técnica<sup>3</sup> elaborada no âmbito da Catrapoa, assinada conjuntamente pelo MPF, MAPA/AM e ADAF no Amazonas, foi possível reconhecer a importância do autoconsumo e consumo familiar, bem como do contexto cultural nas práticas alimentares dos povos indígenas. Tornou-se evidente que o fornecimento dos alimentos produzidos nos territórios tradicionais para as escolas indígenas (e de comunidades tradicionais, como se verá a partir da emissão da NT n.º 03/2020/6ª CCR-MPF) deve ser considerado um ato de autoconsumo e consumo familiar, da mesma forma como quem processa alimentos derivados da mandioca ou cria animais no quintal e os abates para as suas próprias refeições. Conforme esta perspectiva, costumes e tradições ancestrais desses povos e comunidades são mantidos. Além disso, pratos, como o moqueado, o peixe seco, a farinha de mandioca, o beiju, o açaí, a bacaba, preparados de acordo com os conhecimentos transmitidos ao longo de séculos no contexto dessas comunidades, representam uma fonte de alimentação saudável, baseada em um modo de vida sustentável.

Ao reconhecer essa realidade, a nota técnica emitida pelos órgãos do Amazonas estabelece que tais produtos não precisam atender às exigências sanitárias e padrões de comercialização

---

2 Esses produtos impactam a saúde e o meio ambiente, uma vez que são desequilibrados nutricionalmente, contribuindo com doenças como a obesidade, a hipertensão arterial e a diabetes, além de gerarem lixo nas aldeias e territórios, com riscos de poluição do solo e da água. Além disso, ultraprocessados de carnes (embutidos) são reconhecidamente cancerígenos, segundo classificação da OMS. Mais detalhes em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rrc-32-prevencao-o-cancer-embutido.pdf>

3 Nota Técnica n.º 01/2017/ADAF/SFA-AM/MF-AM. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/nota-tecnica-merenda-escolar-indigena/at\\_download/file](https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/nota-tecnica-merenda-escolar-indigena/at_download/file). Acesso em: 17 abril de 2024.

externos – definidos a partir de contextos urbano-industriais – quando são adquiridos para as escolas indígenas e de comunidades tradicionais, porque são consumidos por membros dos próprios territórios, os estudantes. O documento representa uma valorização dos modos de vida tradicionais e trouxe uma resposta direta às demandas das comunidades, ancorada em tratados internacionais como a Convenção 169 da OIT, da qual o Brasil é signatário, e da própria Constituição Federal.

O segundo grande desafio é a falta de conhecimento, gestão e regularização das atividades dos povos indígenas e comunidades tradicionais, enquanto produtores de alimentos. A exigência de documentos de habilitação ao acesso de políticas públicas, como a Declaração de Aptidão ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (DAP), e a Carteira do Produtor Rural, trazia muitas dificuldades.

O terceiro desafio está relacionado ao desconhecimento e baixa motivação de gestores(as) municipais e estaduais em cumprir a legislação de aquisição mínima de 30% de produtos da agricultura familiar na alimentação escolar, atendendo de forma diferenciada povos indígenas e comunidades tradicionais. A dificuldade aqui, em grande parte, se ancora nos preconceitos ainda bastante difundidos – não somente no Amazonas, mas em todo território nacional – sobre essas comunidades, sobre o volume e qualidade de sua produção.

O quarto desafio refere-se ao desconhecimento, por parte dos próprios povos indígenas e comunidades tradicionais, sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e outras políticas de compras públicas, como o Programa de Aquisição

de Alimentos (PAA). Em outras palavras, muitos desconhecem a possibilidade de fornecerem seus produtos tradicionais para essas políticas, o que limita seu envolvimento em programas que poderiam tanto valorizar sua cultura alimentar quanto promover a sustentabilidade econômica de suas comunidades.

Em resposta ao conjunto dos desafios identificados, a Catrapoa, além de emitir a Nota Técnica n.º 01/2017/ADAF/SFA-AM/MF-AM, passou a realizar reuniões e oficinas no estado do Amazonas para viabilizar a aquisição de produtos para a alimentação escolar diretamente de povos indígenas e comunidades tradicionais, por meio de chamadas públicas específicas, no âmbito do PNAE. Essa iniciativa, em rede, teve início no fim de 2016 e se estendeu nos anos seguintes.

### **Mesa de Diálogos Permanente (MDP) Catrapovos Brasil: a replicação da Catrapoa para outros estados brasileiros**

Um dos reconhecimentos nacionais da eficácia e relevância da Catrapoa aconteceu em 2020, com o Prêmio Innovare<sup>4</sup>, na categoria Ministério Público. Frente ao êxito no Amazonas, a 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (CCR) do MPF emitiu uma nova nota técnica<sup>5</sup>, em 2020, baseada na nota do Amazonas. No esforço de ampliar o escopo da primeira nota técnica, a NT n.º 03/2020/6ª CCR-MPF alinha-se ao Decreto n.º 6.040, que institui a Política Nacional do Desenvolvimento Sustentável dos Povos

---

4 Prêmio, no campo jurídico, que tem como objetivo identificar, divulgar e difundir práticas que contribuam para o aprimoramento da Justiça no Brasil

5 Nota Técnica n.º 03 – 2020 – 6ª CCR MPF – Alimentos Tradicionais. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/catrapovosbrasil/documentos-e-publicacoes/nota\\_tecnica\\_geral\\_-\\_3-2020\\_6ccr\\_-\\_alimentos\\_tradicionais.pdf](https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/catrapovosbrasil/documentos-e-publicacoes/nota_tecnica_geral_-_3-2020_6ccr_-_alimentos_tradicionais.pdf). Acesso em: 15 abril de 2024.

e Comunidades Tradicionais, e o Decreto n.º 8.750/2016, que cita segmentos populacionais que possuem assento no Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais, estendendo o entendimento sanitário construído no Amazonas aos povos e comunidades tradicionais de todo o país<sup>6</sup>.

A MDP Catrapovos Brasil, por sua vez, foi criada em 2021 pela 6ª CCR, com o objetivo de multiplicar e estender também aos povos indígenas e comunidades tradicionais de outras regiões do país as articulações para avançar nas compras públicas de alimentos produzidos por esses segmentos da agricultura familiar. A MDP Catrapovos Brasil é composta por representantes de órgãos públicos federais e da sociedade civil, e discute os entraves, desafios e adequações na legislação e normas nacionais, para viabilizar as compras públicas da produção de povos indígenas e comunidades tradicionais.

## Resultados

Os resultados alcançados pela iniciativa da Catrapoa e MDP Catrapovos Brasil são frutos da mobilização e coordenação de esforços em rede:

### *Comissões Regionais e Estaduais*

Catrapoa e Catrapovos inspiraram outros 14 estados a criarem suas próprias redes e comissões estaduais. Hoje, há comissões em 15 estados brasileiros: Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais,

---

<sup>6</sup> A FUNAI e o ICMBio já haviam emitido notas similares em 2017 e 2019, respectivamente (todas disponíveis no site da Catrapovos).

Pará, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Tocantins e São Paulo. Em fase de criação, encontram-se outros cinco estados: Espírito Santo, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

### *Editais para aquisição de alimentos para as escolas*

Em 2019, a Secretaria de Estado de Educação e Desporto Escolar do Amazonas (Seduc/AM) lançou uma chamada pública específica para povos indígenas e contemplou 15 municípios com um valor global de R\$700 mil. Em 2024, a Seduc/AM homologou resultado de chamada pública específica no valor de R\$3,29 milhões, contemplando povos indígenas e outras comunidades tradicionais de 36 municípios (58% dos municípios do estado) e a compra, inclusive de alimentos fonte de proteínas e outros produtos minimamente processados, como peixe, galinha caipira, farinha de mandioca, beiju e polpas de fruta.

Além disso, desde 2018, municípios do Amazonas vem aumentando gradualmente as compras da agricultura familiar e também dos povos indígenas e comunidades tradicionais. Estima-se a geração de R\$8,9 milhões em renda para os povos indígenas e comunidades tradicionais, por meio destas chamadas públicas específicas entre 2018 e 2023, para mais de 500 agricultores familiares indígenas, quilombolas, ribeirinhos(a) e extrativistas no Amazonas. Os contratos foram firmados individualmente ou via associações e cooperativas.

No ano de 2022, a Secretaria de Estado da Educação e Desporto de Roraima (SEED/RR) lançou chamada pública que

resultou em cerca de R\$2 milhões em contratos firmados com povos indígenas. No ano de 2023, a Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esportes do Acre (SEE/AC), lançou chamadas públicas específicas e ofertou o valor de R\$1.038 milhão para aquisição de gêneros alimentícios de povos indígenas de três municípios.

No ano de 2024, o município de Iporanga (SP), localizado no Vale do Ribeira, lançou chamada pública para povos indígenas e comunidades tradicionais no valor de R\$ 107 mil para aquisição de gêneros alimentícios de comunidades quilombolas.

### *Outros destaques*

Em 2020, um guia e um vídeo de animação sobre a experiência da Catrapoa e os passos para a implementação do PNAE, com base nas Notas Técnicas do MPF, foram produzidos pela GIZ, em parceria com outras organizações da Catrapoa<sup>7</sup>.

Em 2021 foi criado um site da Catrapovos Brasil<sup>8</sup>, onde se encontram os materiais citados, com informações, documentos e notícias sobre as Comissões Estaduais e Nacional.

A partir de 2022 também se iniciou diálogo junto à SESAI (Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde) para aquisição dos alimentos das casas de saúde indígena (CASAI) e polos-base da produção dos próprios povos indígenas (via PAA).

Em 2023, o MPF, por meio da Catrapovos, encaminhou duas recomendações legais para o enfrentamento desses desafios.

A Recomendação n.º 01/2023<sup>9</sup>, foi expedida ao Ministério

---

7 <https://www.youtube.com/watch?v=1Ra-8IEvjqY&t=117s>

8 <https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/catrapovosbrasil>

9 <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-catrapovos-m-da-e-fnde>

do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar (MDA) e ao FNDE, indicando adequações no Cadastro Nacional da Agricultura Familiar (CAF)<sup>10</sup>. Em resposta, o MDA expediu a Portaria n.º 20/2023 que simplificou a emissão do CAF para estes povos e agricultores familiares. Outro resultado foi a Nota Técnica n.º 3744623/2023/DIDAF/COSAN/CGPAE/DIRAE<sup>11</sup>, expedida pelo FNDE, que orienta que as unidades executoras aceitem o registro do Número de Identificação Social (NIS) do agricultor de família indígena, quilombola ou de Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTS) no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), quando não for apresentada a DAP/CAF (não mais obrigatória). A mesma NT orientou que as entidades executoras do PNAE facilitem a verificação do NIS, com base na apresentação do CPF e, caso seja necessário, apoie o agricultor identificado como PCT na atualização do NIS, quando os campos relacionados à identificação como indígena, quilombola ou PCT não estiverem preenchidos.

A Recomendação Legal n.º 02/2023, foi expedida à Companhia Nacional de Abastecimento/CONAB, MDA e Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Em resposta, a CONAB emitiu a Resolução n.º 02/2023, acolhendo o entendimento da NT

---

10 Desde a sua criação, em 2021, a MDP Catrapovos Brasil começou a discutir a migração da DAP para o CAF. Estes documentos funcionam como identificação do(a) agricultor(a) familiar e possibilita o acesso a diversas políticas públicas, como PNAE, PAA e crédito via Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF). No entanto, o CAF trouxe diversos entraves a estes povos, como a falta de identificação de categorias de povos indígenas e comunidades tradicionais, lentidão do sistema, exigências de documentos de membros das famílias e referentes à regularização fundiária.

11 Disponível em: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae/media-pnae/NTParticipaodePovoseComunidadesTradicionais-noPNAE.pdf>

n.º 03/2020/6ªCCR/MPF, a respeito dos serviços de inspeção sanitária incidentes sobre a comercialização e consumo de alimentos produzidos pelos povos indígenas e comunidades tradicionais no PAA. A resolução também incluiu o NIS como mais um dos documentos de comprovação dos segmentos de povos e comunidades tradicionais. Essa inclusão do NIS para a comprovação da condição de agricultor(a) familiar por parte dos membros destes povos, para acesso ao PNAE e PAA, ampliou a participação de povos indígenas e comunidades tradicionais. Na região Norte, indígenas e PCTs que utilizaram o NIS representaram 57% deste público inscrito no PAA no ano de 2023 e, no Brasil, 20% dos projetos de povos indígenas (mais de 500 famílias) também utilizaram o NIS para esse fim.

Por fim, os resultados da Catrapoa e da Catrapovos Brasil têm alcançado visibilidade internacional e inspirado outros países. Após a realização de um evento sobre o tema do PNAE, a Colômbia está analisando a replicação das iniciativas.

## **Considerações finais**

Com a aplicação da NT n.º 03/2020/6ªCCR/MPF, os territórios podem ter a garantia de uma alimentação culturalmente adequada às tradições, na medida em que viabiliza a oferta direta para as escolas do peixe retirado do rio, lago ou mar mais próximo, ou mesmo a galinha caipira onde tradicionalmente utilizada e a farinha produzida localmente, para dar alguns exemplos. Por outro lado, a manutenção dos costumes de povos e comunidades tradicionais também contribui significativamente

para a economia de recursos públicos, ao eliminar desperdícios e a necessidade de transporte dos alimentos por longas distâncias.

Ao estimular a produção e comercialização local, criam-se oportunidades de geração de renda para as comunidades envolvidas, constituindo uma barreira para a cooptação de comunitários(as) para atividades não sustentáveis ou até mesmo ilegais – sendo uma importante estratégia de manutenção da juventude rural no campo – que muitas vezes enfrentam pressões econômicas decorrentes de atividades ilícitas como garimpo, desmatamento e extração de madeira. O modelo de desenvolvimento econômico local, baseado na valorização dos recursos naturais e das práticas tradicionais, fortalece os povos e comunidades tradicionais em termos socioeconômicos e colabora para a conservação ambiental, manutenção da biodiversidade, visibilidade da agrobiodiversidade existente, proteção do território, além da regulação climática, da segurança alimentar e nutricional. Enfim, garante mais saúde e qualidade de vida.

O poder público erra quando não prioriza a compra dos produtos da agricultura familiar, também dos povos indígenas e comunidades tradicionais. Erra quando opta pela contratação de grandes fornecedores ao invés de gerar renda a quem mais precisa.

Em qualquer localidade onde exista uma escola indígena, quilombola, ribeirinha, extrativista, entre outras, há potencial para geração de renda, inclusive visibilizando e reconhecendo a rica produção local, associada a ações para sua ampliação com a abertura do mercado institucional.

Existem modelos exemplares que poderiam ser rapidamente replicados em todo o Brasil, mas o progresso é

lento. Há interesses contrários a este avanço, como das grandes empresas e seus lobbies, que perdem este mercado e recursos públicos, ou até mesmo de políticos não corretos que priorizam esquemas fraudulentos e não o bem público. O MPF, Ministério Público Estadual e Defensorias Públicas Estaduais e da União (DPs)<sup>12</sup> podem desempenhar um papel crucial em destravar essas questões, que muitas vezes estão paradas pela falta de conhecimento ou pela ausência de interesse em promover mudanças. Há uma lei que precisa ser cumprida, nesse caso, a obrigação legal para que todos os órgãos públicos comprem no mínimo 30% de alimentos da agricultura familiar para as escolas, bem como a garantia da alimentação escolar culturalmente adequada aos povos indígenas e comunidades tradicionais.

Um aspecto que merece reflexão é a dificuldade enfrentada para a sociedade encontrar produtos da agricultura familiar ou dos povos indígenas e comunidades tradicionais. A experiência da Catrapoa e da Catrapovos Brasil mostra a importância de estratégias colaborativas entre o governo, povos e comunidades tradicionais, entidades de apoio e parceiros(as), bem como a necessidade de simplificar o processo de compra de produtos gerados por tais povos. Revelam a importância da valorização de seus conhecimentos tradicionais e práticas culturais. É papel de toda sociedade facilitar o acesso a esses produtos e promover uma economia mais justa e sustentável.

Vale destacar que essas medidas não apenas fortalecem a economia local e a geração de renda nas comunidades, mas

---

12 As comissões estaduais da Catrapovos que se multiplicam nos estados brasileiros são coordenadas por um destes atores.

também contribuem para a conservação da biodiversidade, a segurança alimentar e nutricional, e a resistência à cooptação para atividades ilegais. Além disso, promovem a manutenção e o incremento das paisagens, dos sistemas agrícolas e florestais tradicionais, contribuindo para a mitigação da grave crise climática. Em última análise, essas ações geram mais saúde e bem-estar para os povos indígenas e comunidades tradicionais, beneficiando toda a sociedade.

O exemplo da Catrapoa e da Catrapovos Brasil ilustra a eficácia de abordagens colaborativas e sensíveis às particularidades locais, funcionando como espaços de diálogo que atuam como verdadeiras fábricas de soluções. Esses ambientes promovem a mediação de conflitos, alinham interesses e ajudam a superar obstáculos, oferecendo um modelo que pode e deve ser replicado em todo o Brasil para fomentar uma economia mais justa, sustentável e equitativa.

## Referências

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: 2012. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

# Capítulo 10

## ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA HORTAS CARIOCAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE E CLIMA PARA FORTALECER A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Renata Alves Fonseca de Barros  
Larissa Haydée Costa Alvia  
Lívia Cardoso Gomes Rosa  
Denise Jardim de Almeida

### Introdução

O Brasil enfrenta desafios significativos relacionados à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), agravados pela Pandemia de covid-19, desmonte de políticas públicas, piora na crise econômica, de saúde e de educação (Silva *et al.*, 2022). A SAN é fundamental para que se tenha uma vida digna e saudável. A Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN), compreendida como a falta de acesso a uma alimentação adequada, condicionada, predominantemente, às questões de renda, tem impactos negativos na saúde, sendo a desnutrição e obesidade preocupações relevantes no Rio de Janeiro, especialmente em populações vulnerabilizadas (Bezerra *et al.*, 2020).

De acordo com o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia de covid-19 (II VIGISAN), referente aos anos de 2021 e 2022, conduzido pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), metade da população brasileira, vivenciam a InSAN, em seus diferentes níveis. Na região Sudeste, esse índice atinge 54% dos domicílios. Esse estudo estima que, no estado do Rio de Janeiro, aproximadamente 3 milhões de pessoas sofrem com algum tipo de InSAN (Rede PENSSAN, 2022).

O Ministério da Saúde considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como potencial protagonista para a garantia da SAN nos territórios, especialmente nas áreas mais vulneráveis, podendo atuar no rastreamento e identificação da InSAN, promoção da SAN e garantia do direito humano à alimentação adequada (Brasil, 2022a). Destaca-se ainda, que um dos papéis das equipes de Saúde da Família (eSF) é a identificação das vulnerabilidades, a partir do mapeamento e reconhecimento dos territórios, de modo a compor um planejamento de ações em saúde que busquem a integralidade do cuidado e o estabelecimento de vínculos, desenvolvendo ações de vigilância, promoção e prevenção em saúde (Calistro *et al.*, 2021). O município do Rio, vem avançando na APS, com 70% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para maior aproximação da realidade local e identificação das vulnerabilidades, por meio das visitas domiciliares, atendimentos individuais e ações coletivas (Rio de Janeiro, 2024; SISAB, 2024).

Destaca-se também o número de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) na cidade, que chega a aproximadamente 832

mil, o que permite identificar um grande número de indivíduos em situação de vulnerabilidade. Especialmente, porque cerca de 90% desses beneficiários são acompanhados pela APS, a cada seis meses (Sistema Programa Bolsa Família, 2024). A capilaridade da APS permite o detalhamento do diagnóstico e a atuação mais precisa, a partir das vulnerabilidades identificadas.

O Ministério da Saúde tem proposto a aplicação da Triagem de Risco para Insegurança Alimentar e Nutricional (TRIA) na Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, as unidades de APS do município do Rio ainda não implementaram essa triagem. Apesar disso, os indicadores antropométricos fornecem uma aproximação indireta da Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN), e há evidências crescentes de que, enquanto a InSAN grave pode levar à desnutrição, a InSAN em grau leve a moderado pode desencadear a obesidade. Isso destaca que a InSAN não é apenas consequência da escassez de alimentos, mas também da substituição de alimentos adequados e saudáveis por opções mais acessíveis, tanto econômica quanto fisicamente. Esses alimentos, comumente processados e ultraprocessados, apresentam um perfil nutricional prejudicial à saúde, contendo altos teores de açúcar, sal e gorduras, além de corantes, conservantes e aromatizantes (Pérez-Escamilla; Segall-Corrêa, 2008; Brasil, 2022b).

A avaliação antropométrica das pessoas atendidas na APS do Rio de Janeiro é inserida no sistema de informação local. Essas informações migram e são consolidadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), revelando a situação nutricional da população atendida em determinado

período, possibilitando a identificação da existência de agravos relacionados à má nutrição e a orientação de ações, políticas e estratégias para a atenção integral à saúde. Os dados do SISVAN evidenciam o aumento da prevalência de má nutrição no município, considerando a desnutrição e a obesidade, remetendo a necessidade de ações para enfrentamento.

Nesse contexto, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) representa um ponto de convergência entre as iniciativas voltadas para a saúde e para a SAN, uma vez que os fatores determinantes da saúde também desempenham um papel significativo na condição de SAN. A saúde, por si só, não é capaz de garantir a transformação dos determinantes e condicionantes necessários para favorecer o acesso a opções saudáveis para toda a população. No entanto, pode contribuir significativamente na articulação de ações que promovam o desenvolvimento humano, a sustentabilidade e a equidade. Além disso, pode desempenhar um papel importante no fortalecimento das agendas desenvolvidas em diferentes setores e acompanhadas por diversos conselhos de políticas públicas, que atualmente operam de forma isolada. A integração dessas agendas é fundamental para uma abordagem mais eficaz e abrangente na promoção da saúde e bem-estar da população (Alves; Jaime, 2014).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já afirmava que só é possível a garantia de uma alimentação adequada e saudável, a partir de ambientes alimentares que garantam o acesso a alimentos e sustentem condições mínimas em que as pessoas sejam capazes de prosperar (Who, 2008). A falta de acesso físico e econômico, regular e permanente a alimentos

saudáveis pode gerar repercussões negativas à saúde do indivíduo, incluindo desnutrição, doenças crônicas e problemas de saúde mental, e também para a sociedade. A ampliação do acesso a alimentos *in natura* e minimamente processados com apoio do governo municipal pode mitigar a InSAN das comunidades mais vulneráveis, além de promover a alimentação saudável.

Nesse contexto, hortas têm se mostrado como uma estratégia promissora no atual cenário de aumento da obesidade e persistência da desnutrição, em que o acesso a alimentos saudáveis é um desafio para muitas comunidades. São espaços de cultivo de hortaliças e frutas que fornecem alimentos frescos e nutritivos e ainda promovem a SAN, fortalecem os laços sociais e contribuem para a sustentabilidade ambiental (Vasconcelos *et al.*, 2021). De acordo com Silva e Santos (2022), a implementação de hortas comunitárias não só garante o acesso a alimentos de qualidade, mas também fomenta a participação comunitária, a autonomia e a sustentabilidade.

O Programa Hortas Cariocas (PHC) é uma iniciativa do município do Rio de Janeiro, implantado em 2006, com o objetivo de ampliar o acesso a alimentos saudáveis e orgânicos para a população mais vulnerável, gerando renda nas comunidades e tornando áreas, ociosas e/ou sujeitas a usos indesejados, mais produtivas. O programa mantém cerca de 55 hortas distribuídas por toda a cidade. As hortas cariocas estão localizadas em escolas e espaços públicos comunitários. Nas escolas, essas hortas são usadas como ferramenta de educação alimentar e nutricional, além de complementar a alimentação escolar. Já as hortas em espaços comunitários dedicam metade de sua produção à doação

para pessoas em situação de vulnerabilidade, enquanto a outra metade é vendida pelos próprios produtores para garantir o sustento de suas famílias.

O município do Rio de Janeiro, na saúde, é dividido em dez Áreas de Planejamento (AP), que representam a descentralização da Secretaria Municipal de Saúde pelas regiões da cidade, a partir de um conjunto de bairros. A AP-1.0 é responsável por bairros do centro da cidade e adjacências; a AP-2.1 compreende toda a zona sul e a 2.2 os bairros da Tijuca; a AP-3.1 a região de Bonsucesso e Manguinhos; a AP-3.2 região do Méier, Lins e Del Castilho; e a AP3.3 Madureira, Pavuna e adjacências; AP-4.0 engloba as regiões da Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Cidade de Deus; e a AP-5.1 toda a região de Realengo e Bangu; a AP-5.2 Campo Grande e Guaratiba; AP-5.3 Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Considerando o avanço da InSAN, a expansão da APS e o diagnóstico nutricional antropométrico da população do município do Rio de Janeiro, essa experiência objetivou promover articulação intersetorial para ampliar o acesso a alimentos *in natura* para famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, por meio da articulação entre o PHC e a APS.

## **Desenvolvimento**

### *Etapas*

Em 2022, o eixo de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) da Superintendência de Promoção da Saúde da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV), se consolida em suas atividades

a partir da avaliação e monitoramento do SISVAN, apoiando as equipes de APS na temática de alimentação e nutrição, fortalecendo a Vigilância Alimentar e Nutricional no cuidado da APS. Dentre as frentes de trabalho estão a apresentação e discussão dos dados, apoio técnico na temática, elaboração de materiais educativos para APS e para pensar políticas públicas. Nesse processo, por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional pelo SISVAN, foi possível identificar uma prevalência de má nutrição (desnutrição e obesidade) na população carioca, e a necessidade de articulação com outros setores para desenvolvimento de ações de PAAS.

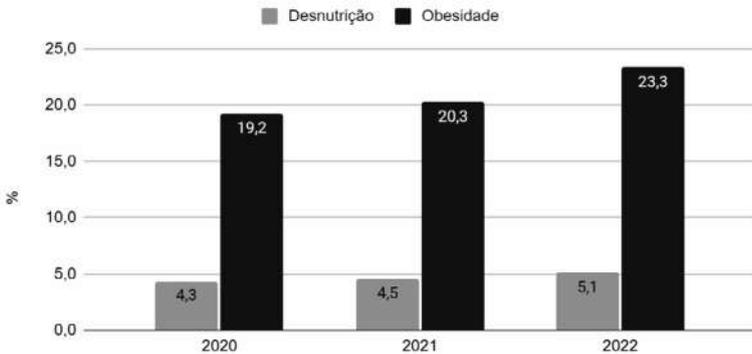
Diante desse cenário, o eixo iniciou um processo de articulação com a coordenação do PHC da Secretaria de Meio Ambiente e Clima, para compreender como o programa é conduzido no município, incluindo gêneros alimentícios produzidos, sazonalidade, volume de produção, pessoas que são beneficiadas, entre outras, e assim discutir possibilidades de ações integradas entre o PHC e APS. A partir dessa articulação, o eixo teve acesso à localização das 55 hortas distribuídas na cidade e relacionou com a localização das unidades de saúde da APS mais próximas, para iniciar o processo de mobilização local entre esses equipamentos. Esse movimento foi entendido por ambas as secretarias (Saúde e Meio Ambiente) como de fundamental importância para apoiar a questão da InSAN e garantir a doação, prevista no PHC, para os que mais precisam, por meio da identificação realizada pelos profissionais de saúde do território.

## Resultados

O monitoramento e avaliação do SISVAN é uma estratégia que subsidia as diversas frentes de ação do Eixo de PAAS. Assim, a Figura 1 exibe dados deste sistema, referentes ao período de 2020 a 2022, destacando a alta prevalência de má nutrição observada na população avaliada na APS. Os resultados revelam um aumento ao longo dos anos na proporção de indivíduos identificados com má nutrição (desnutrição e obesidade). Em 2022, constatou-se que mais de um quarto da população avaliada apresentava algum grau de má nutrição, totalizando 28,4%.

**Figura 1.** Prevalência de má nutrição no município do Rio de Janeiro em 2020 a 2022

**Prevalência de Má Nutrição em usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro em 2020, 2021 e 2022.**



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

No município do Rio de Janeiro, entre as dez APs são encontradas 238 Unidades Básicas de Saúde com 1294 eSF, distribuídas por todo o território municipal. Em cada uma

das regiões existem hortas vinculadas ao PHC, conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Total de unidades de saúde por Área de Planejamento

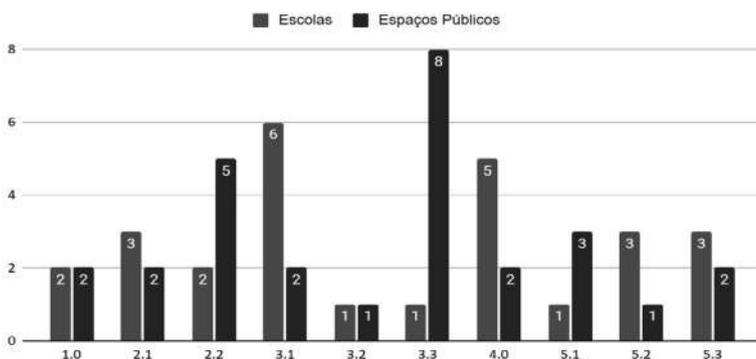
Área de Planejamento	Total de unidades na AP	Total de Hortas
1.0	17	4
2.1	13	5
2.2	9	7
3.1	32	8
3.2	25	2
3.3	34	9
4.0	21	7
5.1	27	4
5.2	35	4
5.3	25	5
Total	238	55

Fonte: dados internos da Secretaria Municipal de Saúde e de Ambiente e Clima.

A seguir, são apresentadas as hortas presentes em cada AP e o espaço que a horta ocupa (escolas ou espaços públicos) (Figura 2).

**Figura 2.** Hortas Cariocas de acordo com a AP do município do Rio de Janeiro

Hortas Cariocas segundo Área de Planejamento em saúde.



Fonte: Secretaria Municipal de Meio Ambiente da Cidade (SMAC).

As hortas foram relacionadas às unidades de saúde a partir da proximidade territorial, em uma tentativa de identificar quais unidades poderiam ser privilegiadas pela estratégia de articulação. Neste sentido, foi definida, junto com o PHC, uma horta para ser a pioneira na entrega de alimentos para população em situação de vulnerabilidade, identificada pela APS, e o número de pessoas/famílias que poderiam ser beneficiadas. A horta selecionada está localizada na AP-3.3, região norte do município, e fica a 1,8 km de distância da unidade de APS.

O perfil das pessoas que seriam beneficiadas foi pactuado com profissionais dessa AP, onde foram priorizadas famílias beneficiárias do PBF e/ou chefiadas por mulheres e com crianças, além de ter sido colocado em pauta as famílias identificadas pelo Programa Território Sociais<sup>13</sup>. Outro requisito para a entrega de

<sup>13</sup> Territórios Sociais (TS) é um Programa da prefeitura que identifica famílias em situação de extrema vulnerabilidade em territórios de favelas e grandes complexos, para uma abordagem intersetorial da saúde, educação e assistência social.

gêneros era que a pessoa/família vivessem no território próximo à horta, ou da unidade de saúde de referência, ou tivessem consulta agendada na unidade de saúde no dia da entrega de gênero.

Em julho de 2023, ocorreu a entrega de alimentos provenientes da horta para famílias atendidas pela unidade de saúde de referência. Foram beneficiadas 15 famílias em situação de vulnerabilidade, pertencentes a duas comunidades da região, identificadas e atendidas por uma equipe de Saúde da Família (eSF). A ação contou com a participação de gestores centrais das áreas de Saúde e Meio Ambiente, além de gestores locais da Atenção Primária (AP) e agentes comunitários de saúde. As famílias receberam bolsas contendo alimentos como alface, cheiro-verde, cenoura, berinjela, tomate-cereja, entre outros temperos (Anexo 1).

## Discussão

O contexto apresentado indica que a InSAN no município do Rio é preocupante e revela a urgência de ações para enfrentar os desafios relacionados à SAN, especialmente após os impactos provocados pela Pandemia de covid-19 e dos cortes em políticas sociais que ocorreram nos anos de 2017 a 2022. A InSAN persistente tem implicações significativas para a saúde da população, sendo a desnutrição e a obesidade questões de preocupação, principalmente em áreas urbanas como o Rio de Janeiro, onde populações vulneráveis são particularmente afetadas.

A distância entre a residência e os pontos de acesso a alimentos de qualidade, bem como sua influência nos padrões de consumo e de saúde, tem sido tema de interesse nas pesquisas em saúde e nutrição. Estudos brasileiros destacam o papel do ambiente alimentar na

formação dos hábitos alimentares, especialmente em áreas urbanas (Curioni *et al.*, 2020; Menezes *et al.*, 2017; Lopes *et al.*, 2017). Esses estudos relacionam a proximidade a fontes de alimentos frescos, como frutas e hortaliças, com o seu maior consumo, e revelam ainda, que a disponibilidade inadequada desses alimentos está ligada a fatores sociodemográficos, como renda, educação e acessibilidade.

Áreas periféricas e com menor disponibilidade de estabelecimentos que oferecem opções alimentares saudáveis são associadas a um ambiente obesogênico, no qual os indivíduos enfrentam barreiras significativas para adotar hábitos alimentares saudáveis e manter o peso corporal (Lopes *et al.*, 2017, Brasil, 2022b). Essa falta de acesso a alimentos nutritivos pode resultar em escolhas alimentares menos saudáveis, contribuindo para a prevalência de outras doenças crônicas, além da obesidade, como diabetes, hipertensão (Curioni *et al.*, 2020; Menezes *et al.*, 2017; Lopes *et al.*, 2017).

Essa experiência de articulação entre o PHC e a APS, voltada à entrega de alimentos, enfrentou desafios que merecem ser destacados. Uma das principais barreiras está relacionada à complexidade da articulação intersetorial, que exige a convergência de agendas, mesmo quando os interesses são alinhados, além da necessidade de pactuar estratégias para garantir o sucesso da iniciativa. Outro ponto de limitação relevante é o número reduzido de hortas do PHC, especialmente considerando o alto número de beneficiários dos programas de transferência de renda no município e a existência de diversos territórios com alta vulnerabilidade social, onde a demanda por alimentos possivelmente supera a capacidade de produção das

hortas. Isso reforça a necessidade de expansão e fortalecimento de iniciativas desse tipo (Harris *et al.*, 2021).

Destaca-se ainda que, muitas vezes, as hortas cariocas produzem gêneros alimentícios centrados em temperos ou culturas de ciclo curto, havendo pouca produção de frutas e tubérculos, por exemplo. Essas condições podem limitar a diversidade e a quantidade de alimentos disponíveis para distribuição (Miller *et al.*, 2020).

A literatura destaca a relevância de políticas e intervenções voltadas para a melhoria do acesso a alimentos nutritivos em comunidades urbanas, visando reduzir as disparidades no ambiente alimentar e incentivar hábitos alimentares saudáveis. Ao tratar de questões como a acessibilidade econômica e física a esses alimentos, é possível criar ambientes que favoreçam escolhas alimentares saudáveis, promovendo a saúde de forma sustentável e a longo prazo. Nessa perspectiva, a experiência foi moldada a partir do eixo de PAAS da Secretaria de Saúde do município do Rio, com o objetivo de fornecer alimentos *in natura*, provenientes de hortas associadas ao PHC, a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, identificados pela APS. Essas ações não apenas demonstram um potencial de sustentabilidade das entregas a longo prazo, mas evidenciam a necessidade de articular e monitorar o impacto dessas iniciativas.

## **Considerações finais**

A InSAN tem implicações significativas no setor da saúde e tem feito com que esse setor assuma a responsabilidade

pela implementação de políticas e programas de alimentação e nutrição no Brasil. No entanto, garantir a SAN demanda uma abordagem integrada por meio de políticas públicas abrangentes.

As hortas comunitárias representam estratégias promissoras para promover uma alimentação adequada e saudável e fomentar a SAN, especialmente para pessoas e territórios com acesso limitado a alimentos saudáveis. A experiência relatada, que engloba a articulação entre o PHC e a APS, por meio do eixo de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, da SUBPAV, demonstra o potencial dessas parcerias para ampliar o acesso a alimentos frescos e nutritivos a pessoas em situação de vulnerabilidade, bem como garantir a integralidade do cuidado, assegurando uma abordagem colaborativa entre diversas áreas governamentais para fortalecer as ações de SAN.

A experiência possibilitou alguns aprendizados e reflexões, especialmente em relação ao alcance da rede municipal de saúde, a demanda da população vulnerável e a capacidade do PHC, levando a necessidade de priorizar os mais vulnerabilizados, como os beneficiários do PBF e as famílias do Programa Territórios Sociais. Ademais, foi identificada a necessidade de educação em saúde, orientação e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável às famílias beneficiadas. Neste sentido, o eixo está desenvolvendo uma cartilha de aproveitamento integral dos alimentos, para a população, orientando a manipulação dos alimentos, armazenamento, preparo, conservação e receitas práticas para melhor aproveitar os alimentos recebidos.

Por fim, é preciso pensar em processos avaliativos para a estratégia, de modo que seja possível medir o impacto das entregas

de alimentos e prever possíveis ajustes na iniciativa para torná-la mais eficaz e inclusiva. Além disso, é fundamental continuar promovendo abordagens intersetoriais que integrem a saúde com outros setores, visando enfrentar os desafios complexos relacionados à SAN e promover o bem-estar da população.

## Referências

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331–4340, 2014.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3833–3846, out. 2020.

CALISTRO, M. O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2141–2148, jul. 2021.

CURIONI, C.C. *et al.* Neighborhood food environment and consumption of fruit and leafy vegetables: Pro-Saude Study, Brazil. **Public Health**, v. 182, p. 7–12, 2020.

LOPES, A. C. S.; MENEZES, M. C. DE; ARAÚJO, M. L. DE. O ambiente alimentar e o acesso a frutas e hortaliças: “Uma metrópole em perspectiva”. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 764–773, set. 2017.

MENEZES, M. C. *et al.* Local food environment and fruit and vegetable consumption: An ecological study. **Preventive Medicine Reports**, v. 5, p. 13–20, 1 mar. 2017.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, v. 21, supl., p. 15s–26s, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/mfgJyKlc9HP7nXLRX5fH3Fh/?lang=en&format=html>. Acesso em: 01 mar. 2024.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde**: manual de identificação dos domicílios e organização da rede [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal da cidade do Rio de Janeiro. **Mais Médicos**: cidade do Rio volta a ter 70% de cobertura da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://prefeitura.rio/noticias/mais-medicos-cidade-do-rio-volta-a-ter-70-de-cobertura-da-atencao-primaria-a-saude/#:~:text=A%20partir%20de%202021%2C%20com,ao%2070%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20coberta>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SISAB. Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/municipio/saude/RelSauProducao.xhtml>. Acesso em: 01 mar. 2024.

HARRIS, L.; MARTINEZ, M.; GARCIA, S. Addressing food insecurity in low-income communities: The role of community gardens. **Journal of Food Security**, v. 8, n. 1, p. 32-45, 2021.

MILLER, R.; THOMPSON, G.; LEE, J. The impact of urban community gardens on local food availability: A case study in New York City. **Urban Agriculture Journal**, v. 18, n. 3, p. 112-125, 2020.

SILVA, A. B.; SANTOS, M. C. Hortas comunitárias como estratégia de acesso a alimentos saudáveis em comunidades vulneráveis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 3, p. 487-494, 2022.

VASCONCELOS, R. S. *et al.* Hortas comunitárias como estratégia de segurança alimentar: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 16, n. 3, p. 358-373, 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. p. 247.

**Anexo 1.** Registros da entrega de alimentos na horta carioca da região da AP3.3, município do Rio de Janeiro, 2023



Fonte: acervo próprio.



# Capítulo 11

## GUIA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE MÃE DE SERGIPE

Vanessa Meneses Costa  
Mário Luís Tavares Mendes  
Winne Correia Fontes  
Leandro de Almeida Nascimento  
Joicielly França Bispo  
José Marcos de Jesus Santos  
Fernanda Rodrigues de Santana Goes

### Introdução

Alimentação e nutrição são requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde e é um direito assegurado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (Brasil, 2006). Contudo, de acordo com recente inquérito nacional, há no Brasil uma elevada prevalência de famílias em situação de insegurança alimentar grave, sem ter o que comer (Vigisan, 2022). Estudo do IBGE aponta que no último trimestre de 2023, 27,6% (21,6 milhões) dos domicílios particulares no Brasil estavam com algum grau de insegurança alimentar, sendo que 18,2% (14,3 milhões) enquadraram-se no nível leve, 5,3% (4,2 milhões) no moderado e 4,1% (3,2 milhões) no grave. Segundo o estudo, Sergipe é o estado que apresenta maior nível de insegurança alimentar, com

mais de 50,6% dos domicílios enfrentando o problema em algum nível, correspondendo a 1,206 milhão de pessoas (IBGE, 2024).

O município de São Cristóvão é a quarta cidade mais antiga do Brasil e foi a primeira capital do estado, sendo considerada a “Cidade Mãe de Sergipe”. Está localizado na Região Metropolitana de Aracaju, no leste do estado de Sergipe. Segundo o IBGE, no Censo de 2022, a população foi estimada em 95.612 pessoas e no ano de 2010 tinha uma taxa de analfabetismo de 12,3%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, em 2021, tinha 41,6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 73º dentre as 75 cidades do estado (IBGE, 2024).

Em São Cristóvão, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) frequentemente se deparam com demandas de pessoas e famílias em situação de insegurança alimentar. Devido à fragilidade na implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e à falta de dados que possibilitem dimensionar adequadamente o problema da insegurança alimentar, considerando o contexto nacional e estadual, aliado ao alto índice de vulnerabilidade social do município, projeta-se que um número significativo de pessoas e famílias são-cristovenses esteja enfrentando essa condição. De acordo com o IPEA, em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Cristóvão era 0,662, o que situa esse município na faixa de desenvolvimento humano médio (IDH entre 0,600 e 0,699). Já no índice de vulnerabilidade do IPEA, o município possuía um índice alto de vulnerabilidade social (entre 0,401 – 0.500) (IPEA, 2010). A economia gira em torno das fontes de águas minerais,

a pesca de peixes, mariscos e camarões, e a avicultura, sendo o maior produtor do estado (Sergipe, 2024).

No contexto regional de saúde, São Cristóvão integra a Regional de Aracaju (sede), juntamente com outros seis municípios. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), que conta com 20 Unidades Básicas de Saúde, 27 equipes de Estratégia Saúde da Família, uma equipe de Atenção Primária, duas equipes de Atenção Primária Prisional, 19 Equipes de Saúde Bucal e dois polos da Academia da Saúde. A Atenção Especializada ou Secundária é representada por um Centro de Especialidades Odontológicas, dois Centros de Especialidades, uma Urgência 24 horas, uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e uma equipe multiprofissional de apoio. No âmbito da Atenção Psicossocial, existem dois Centros de Atenção Psicossocial e duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. A Atenção Terciária é composta por um hospital filantrópico. A rede conta ainda com serviços complementares da Assistência Social, como dois Centros de Referência da Assistência Social e um Centro Especializado de Assistência Social, além da Rede de Educação, que abrange 45 escolas, e outros pontos de apoio localizados no território. Nesse contexto, para garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que estava sendo demandado às equipes de Saúde no município, se tornava imperativo a articulação e a cooperação intersetorial, integrando políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a outras políticas como os da Assistência Social. Assim, considerando a APS como porta de entrada prioritária na RAS, o seu papel como coordenadora do cuidado, a sua capilaridade e a sua importância no

diagnóstico da insegurança alimentar, formulação e implementação de intervenções de promoção à saúde para garantia da SAN (Brasil, 2021; 2022), foi elaborado o Guia de Identificação da Insegurança Alimentar na APS.

O guia objetiva o rastreio de famílias em risco de insegurança alimentar pela APS e qualificação do fluxo de articulação com o Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional (CRESAN). O CRESAN, equipamento que visa a garantia da SAN no município de São Cristóvão, é o primeiro equipamento desse tipo em Sergipe, o segundo do Nordeste e atende mais de 1,5 mil domicílios por mês. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo descrever o processo de construção do “Guia municipal de identificação da insegurança alimentar na Atenção Primária à Saúde”.

## **Desenvolvimento**

O processo da criação do guia está contextualizado na criação da Coordenação de Promoção à Saúde com a Divisão de Alimentação e Nutrição em 2022, pela Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão (SMS-SC). Um dos objetivos da Divisão de Alimentação e Nutrição era a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com ações formalizadas no Plano Municipal de Saúde do município, com potencial para ampliação, contribuindo com a redução das desigualdades no município (Brasil, 2013).

Ao mesmo tempo que se caminhava na implementação da PNAN, existia uma demanda na APS de pessoas e famílias em

insegurança alimentar. Assim, a divisão elaborou o mapeamento das ações da PNAN, entre elas as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Como resultado do mapeamento, ficou evidente a baixa implementação das ações da VAN e baixa articulação intersetorial, nomeadamente com o Centro de Referência de Segurança Alimentar e Nutricional (CRESAN).

Diante do diagnóstico, concluiu-se a necessidade de um instrumento de identificação, estratificação de risco na APS e encaminhamento para o CRESAN para garantia da SAN. A criação do instrumento se baseou nos princípios de triagem, diagnóstico e cuidado na APS e referência e contrarreferência. No processo de construção, o instrumento passou por validação de profissionais da Assistência Social e da Saúde. As prioridades e os objetivos foram definidos em reuniões intersetoriais, entre os membros da SMS e do CRESAN, de maneira participativa e dialógica, considerando todas as etapas de planejamento, monitoramento e avaliação.

Na triagem é utilizado o Instrumento de Risco para Insegurança Alimentar (TRIA) com dois itens: (1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?; (2) Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou? A TRIA permite a avaliação e o monitoramento da insegurança alimentar nos territórios e apoia ações de intervenção, indicando quais ações devem ser implementadas após a classificação do nível de SAN no domicílio.

Ao responder “não” para as duas questões da TRIA, considera-se que o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio não estão em risco de insegurança alimentar e o cuidado

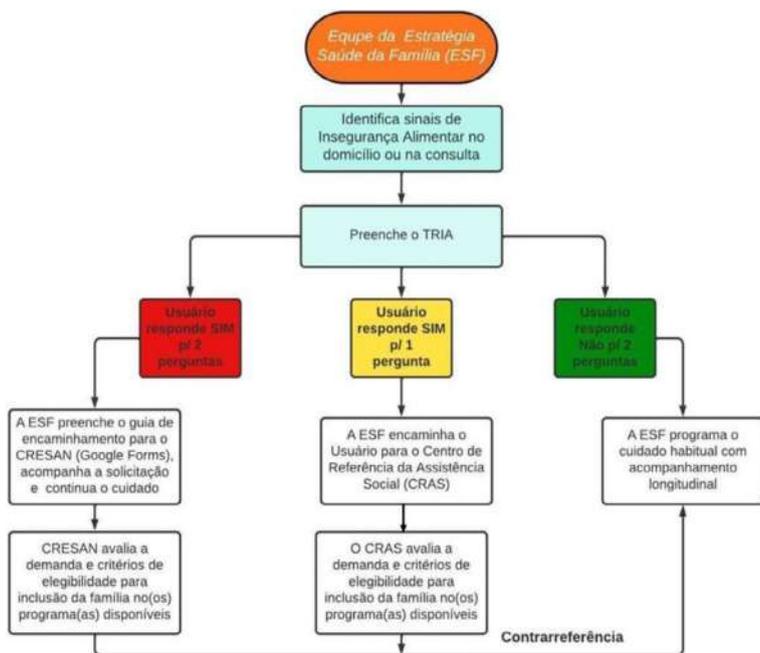
é preconizado na APS (Brasil, 2021). Quando se responde “sim” para uma das perguntas, a ESF deve realizar o encaminhamento da família para o CRAS, que avalia a demanda e elegibilidade para concessão de cesta básica e outros programas de assistência e, em seguida, realiza a contrarreferência para a ESF.

Já quando a resposta é afirmativa para as duas perguntas, também é aplicada a avaliação do risco familiar, baseado na escala Coelho-Savassi (Savassi; Lage; Coelho, 2013). A partir das demandas de saúde da família identificadas, é planejado o cuidado e a ESF deve preencher o formulário eletrônico de encaminhamento para o CRESAN, que avalia a demanda e critérios de elegibilidade para inclusão da família. Nesse caso, a ESF acompanha o caso e segue as demais etapas do cuidado na APS (Figura 1). Cabe destacar que no guia também consta o fluxo para a programação do cuidado em rede sob a ótica da realização da VAN (Figura 2).

O instrumento pode ser aplicado por todos os profissionais da APS e demais pontos da RAS, como centro de especialidades, Centros de Atenção Psicossocial, rede de urgência, controle social, em diversas oportunidades como consultas individuais, visitas domiciliares, atividades em grupo, pré-natal, consultas de puericultura, ações do Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras. Nos casos em que a identificação do risco ocorrer por meio dos demais pontos da RAS, deve ocorrer a devida contrarreferência para as equipes de saúde para investigação dos casos e realização dos encaminhamentos pertinentes. Assim, se torna possível ordenar o cuidado, organizar o fluxo de encaminhamento e ampliar a comunicação intersetorial.

A efetividade do guia tem sido monitorada de acordo com o número de encaminhamentos de famílias e o número de famílias que são contempladas pelos programas do CRESAN. O documento foi disponibilizado para todos os pontos da rede de saúde de gestão municipal, para todas as gestoras locais da APS, para os profissionais de saúde, incluindo assistentes sociais de referência de cada macrorregião de saúde do município.

**Figura 1.** Fluxograma das responsabilidades de cada setor após o preenchimento da TRIA, São Cristóvão, 2023



Fonte: elaboração própria

**Figura 2.** Fluxograma para Triagem de Risco de Insegurança Alimentar e Encaminhamento das famílias para o CRESAN e programação do cuidado continuado, São Cristóvão, 2023



Fonte: Adaptado de Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede, Ministério da Saúde, 2022.

Após dois meses de implementação, das 9 famílias encaminhadas, 6 foram inseridas no programa de distribuição de alimentos, com base nos critérios de inclusão estabelecidos pelo CRESAN, que consideram a renda familiar per capita, o número de membros da família e os elementos de risco familiar presentes no guia.

Apesar da taxa de sucesso dos casos encaminhados, ainda há necessidade de qualificação dos processos de rastreamento e encaminhamento das famílias em risco de insegurança alimentar, bem como da avaliação de todo o cuidado e da atenção nutricional

na APS. Para a superação dos desafios, foram planejadas reuniões junto aos profissionais de saúde e com as gerentes das UBS para qualificação e aumento dos encaminhamentos, de acordo com os critérios pré-definidos.

Portanto, tendo em vista a alta capilaridade da APS no alcance dos indivíduos e famílias e o acesso à alimentação como fator determinante da saúde, essas aproximações visam o entendimento desse nível de atenção como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde e como coordenadora do cuidado.

A insegurança alimentar e nutricional é um problema complexo que afeta a saúde e o bem-estar das pessoas. O conceito de SAN se fundamentou na LOSAN e precisa ser garantido, com intuito de colocar em prática um dos pilares do SUS que é a equidade. Na APS, é fundamental abordar essa questão para garantir o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade. Em síntese, a APS desempenha um papel crucial na promoção da SAN e na garantia do acesso adequado a alimentos, impactando positivamente na saúde da população. Para tanto, é fundamental que exista uma intersetorialidade, com confluências de políticas (Alves; Jaime, 2014).

A PNAN apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a VAN, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (Brasil, 2013). Nesse sentido, o guia, como instrumento da APS, aponta a caminhos a serem seguidos no âmbito de um cuidado integral no campo da alimentação e nutrição, caracterizando-o não como

um simples instrumento de encaminhamento, mas como um instrumento para a efetivação do cuidado.

Além disso, o guia é uma estratégia poderosa para subsidiar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), promover a integralidade do cuidado e implementar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) na Atenção Primária à Saúde (APS). Ele é reaplicável em diferentes contextos, especialmente em áreas com altos índices de vulnerabilidade social, como São Cristóvão, visando à promoção da equidade.

Por outro lado, alguns desafios emanam desse processo de construção de mecanismos intersetoriais de promoção à saúde no campo da SAN, como, por exemplo, a dificuldade de se trabalhar de forma intersetorial. Na mesma direção, ocorrem momentos críticos, como definido por Alves e Jaime (2010), como a escassez de recursos para garantir o acesso de todos os indivíduos e famílias ao DHAA (Alves; Jaime, 2010).

## **Considerações finais**

O guia, sem dúvida, é uma potente ferramenta para qualificação e sistematização dos processos de gestão da política de saúde e de SAN do município, bem como contribui para a integralidade do cuidado, implementação da VAN e qualifica a gestão do cuidado na APS. Além disso, ter um Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional amplia as possibilidades e favorece a redução das desigualdades sociais e iniquidades, além de contribuir com a emancipação popular. A

iniciativa reafirma a importância da cooperação e da articulação intersetorial na garantia da SAN e de uma atenção à saúde de qualidade, passando pela qualificação permanente dos trabalhadores da saúde para aprimoramento na identificação, instituição de cuidados mais efetivos e encaminhamentos qualificados para os Centros de Referência.

## Referências

ALVES, K. P. de S; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm). Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação Dos Domicílios e Organização Da Rede**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2022.

IBGE. Segurança alimentar nos domicílios brasileiros volta a crescer em 2023. **PNAD Contínua**, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39838-seguranca-alimentar-nos-domicilios-brasileiros-volta-a-crescer-em-2023>. Acesso em 17 de maio de 2024.

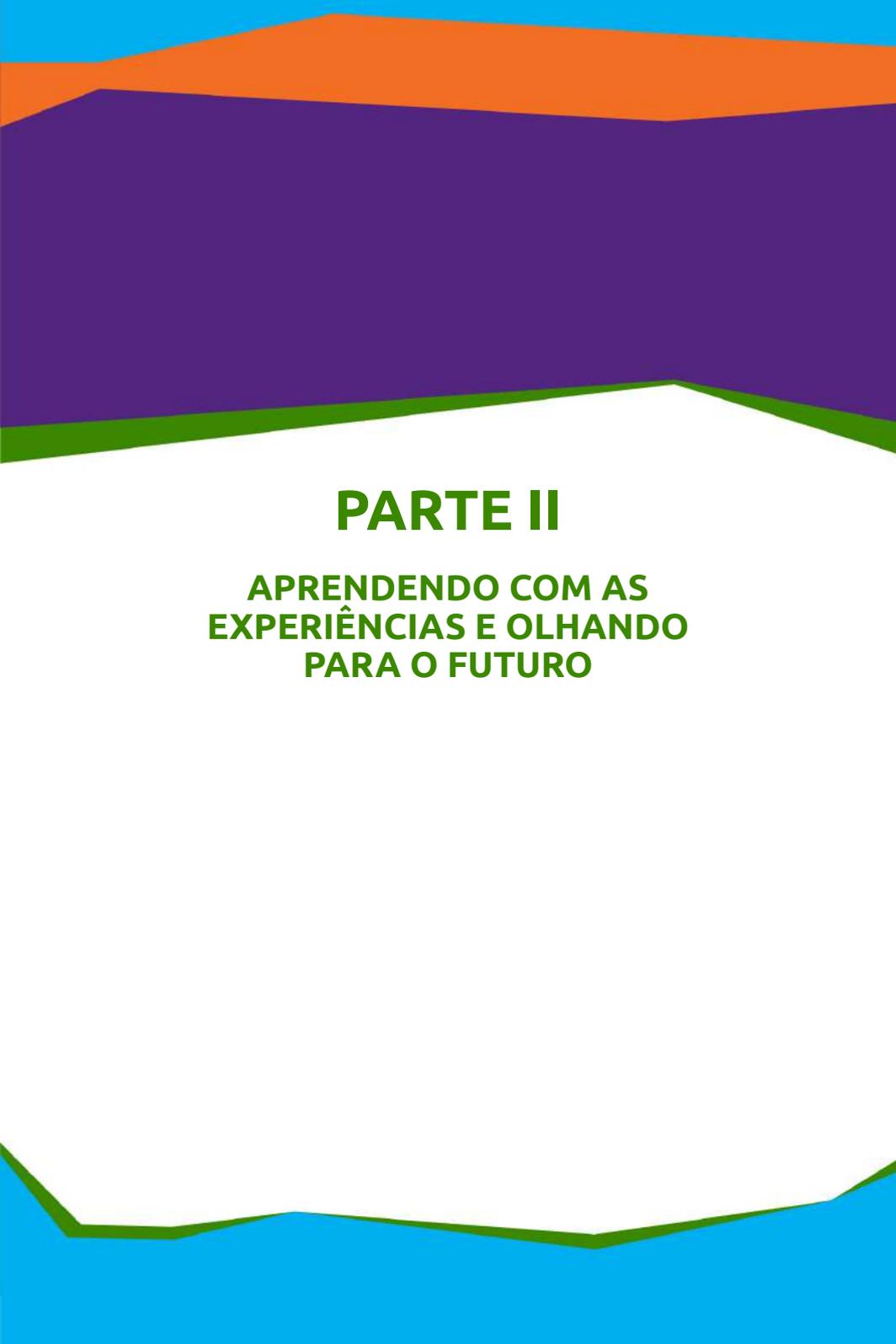
IBGE. **IBGE Cidades**: São Cristóvão. Sergipe. Brasil. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/sao-cristovao/panorama>. Acesso em 18 de maio de 2024.

IPEA. Atlas de Vulnerabilidade Social. Índice de Vulnerabilidade Social. 2010 Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/>. Acesso em: 18 maio 2024.

SAVASSI, L.C.M; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2013.

SERGIPE. Municípios e Economia. Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe, 2010. Disponível em: <https://al.se.leg.br/municipios-e-economia-sao-cristovao/>. Acesso em: 17 maio 2024.

VIGISAN. REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, São Paulo, 2022.

The background features a stylized, abstract landscape. At the top, there is a bright blue sky. Below it is a thick orange band. A large, dark purple area follows, resembling a mountain range or a large field. A thin green line separates this from a white, irregularly shaped area that contains the text. At the bottom, another thin green line separates the white area from a bright blue base, suggesting water or a ground surface.

## **PARTE II**

**APRENDENDO COM AS  
EXPERIÊNCIAS E OLHANDO  
PARA O FUTURO**



# Capítulo 12

## **FORTALECIMENTO DO CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS, POSSIBILIDADES E CAMINHOS PARA AVANÇARMOS**

Carolina de Oliveira Coutinho  
Sophia Rosa Benedito  
Erika Cardoso Reis  
Ana Laura Brandão

### **Introdução**

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais marcos legais que alicerçam a Alimentação e Nutrição (A&N) na Atenção Primária à Saúde (APS) e refletir sobre os desafios e possibilidades relacionados ao cuidado alimentar e nutricional a partir da leitura crítica das experiências do LIS A&N na APS.

Nessa direção, a noção de cuidado em saúde atualmente assume posição norteadora das práticas. No entanto, cabe destacar, que é possível identificar uma polissemia em torno da utilização do termo, sendo empregado com uma multiplicidade de diferentes sentidos e em relação a diversos processos e dispositivos. Dessa maneira, aumenta-se a probabilidade de se incorrer no risco de esvaziamento de seu potencial teórico-

prático e ético-político, motivo pelo qual optamos por esclarecer a definição de cuidado aqui utilizada.

Ressaltamos a concepção trazida por Zoboli (2007) sobre o cuidar como processo de “ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos [...] uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como ‘direito de ser’” (p.63). Refletir sobre o “direito de ser” na saúde é direcionar o olhar não somente para as patologias, mas para as diferenças entre os sujeitos – respeitando as relações de classe social, raça, etnia, gênero – que tendem a repercutir em necessidades específicas. Ademais, pensar o direito de ser é também permitir ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada.

No que tange ao cuidado alimentar e nutricional, suas concepções progrediram significativamente, impulsionadas por avanços científicos, análises críticas, transformações sociais e novas abordagens no campo da saúde. Na APS, essas mudanças se manifestam como sinalizadoras, dado seu papel estratégico como local de primeiro contato preferencial da população usuária com o sistema de saúde.

Algumas dessas transformações puderam ser demonstradas por meio das experiências apresentadas e selecionadas no Eixo 1 – “Cuidado em Alimentação e Nutrição na APS” – do LIS A&N na APS, as quais são sistematizadas aqui a partir do tripé da Atenção Nutricional: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais.

Para tanto, apresentamos a temática em dois blocos: no primeiro, abordamos o contexto da A&N na APS no Brasil e no segundo bloco destacamos a importância do fortalecimento da dimensão do cuidado e apontamos possibilidades e caminhos para avançar nas ações de A&N na APS brasileira.

## **Contexto alimentar e nutricional brasileiro: desafios para Atenção Primária à Saúde**

No Brasil, a alimentação é um direito constitucional, inserido entre os direitos sociais, reconhecido como determinante e condicionante da saúde de indivíduos e coletividades, devendo ser assegurado por meio de políticas públicas (Brasil, 1990; 2010).

A Lei Orgânica da Saúde determina que cabe à direção interfederativa do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de “formular, executar, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição” (Brasil, 1990), e a institucionalização das ações de A&N no SUS se deu a partir da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, atualizada em 2011 (Brasil, 1999; 2012).

A atenção nutricional, primeira diretriz da PNAN, abarca um conjunto de cuidados relativos à A&N voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se estabelece como um locus estratégico para o cuidado em Alimentação e Nutrição (A&N), devido à sua ampla capilaridade e proximidade com as questões alimentares e nutricionais das populações em seus territórios. A APS tem grande potencial para

enfrentar a situação epidemiológica ao consolidar um modelo assistencial fundamentado nas necessidades locais de saúde da população e na integralidade do cuidado (Jaime *et al.*, 2013).

Nesse contexto, destaca-se que, em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), marcando a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a expansão da APS nos estados e municípios (Brasil, 2006). Na evolução da APS, cabe salientar também, pela sua implicação sobre a agenda de A&N, a criação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tiveram seus parâmetros, organização e financiamento modificados ao longo do tempo e, em 2023, passou a ser denominado equipe multiprofissional na Atenção Primária (eMulti) (Brasil, 2017; 2019; 2023). Tal estratégia tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, instituindo, para tanto, equipes multidisciplinares – com a possibilidade de inserção de nutricionistas –, com atuação na lógica de apoio matricial, em parceria com a ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a sua responsabilidade (Reis; Brandão; Casemiro, 2023).

Em 2011 atualizaram-se os textos da PNAB e da PNAN. Dentre as modificações propostas em sua atualização, a PNAB definiu como parte do processo de trabalho das equipes da APS as ações que priorizassem grupos e fatores de riscos, como os alimentares, para a prevenção de doenças e danos evitáveis (Melo *et al.*, 2018). Ademais, a revisão da PNAN promoveu sua legitimação como interlocutora entre o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), alinhou-se às novas diretrizes da PNAB, incorporando a APS

em seu texto e criando uma diretriz de organização da atenção nutricional, que reforça o cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012).

Em 2017, em meio a uma grave crise política e econômica no país, com impacto sobre o SUS, ganha relevo na agenda nacional uma nova revisão da PNAB. Dentre continuidades, descontinuidades e agregações nos seus elementos constituintes, tal política destaca a promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde e reforça a relevância da alimentação adequada e saudável para a sua abordagem (Melo *et al.*, 2018; Bortolini *et al.*, 2021).

Ademais, se faz necessário sinalizar a relevância da publicação dos guias alimentares. O primeiro Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos foi publicado em 2002 (Brasil, 2002) e o primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira, em 2006 (Brasil, 2006). Este último foi revisado em 2014 – sendo pioneiro ao utilizar a classificação NOVA como base das suas recomendações (Brasil, 2014; Monteiro *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2018) – e aquele, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, foi revisado em 2019 (Brasil, 2019a).

Ainda, o Programa Saúde na Escola, lançado em 2007, indutor de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nas escolas pelas equipes de APS, e o Crescer Saudável, instituído em 2017 com o intuito de induzir que as equipes de APS identifiquem as crianças com excesso de peso e ofereçam ações de cuidado, também possuem potencial de apoiar a implementação de ações de A&N na APS (Brasil, 2007; 2017a; Bortolini *et al.*, 2021).

Para apoiar os profissionais que atuam na APS, em 2022 foi publicada a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária, com o objetivo de avançar e fortalecer as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A matriz destaca o reconhecimento dos ambientes alimentares como elementos essenciais para a construção de práticas de A&N contextualizadas, visando à atenção integral à saúde (Brasil, 2022).

É importante registrar esses marcos no contexto brasileiro de transição epidemiológica, iniciado no final da década de 1990 e ainda em andamento. O país continua convivendo com o aumento da proporção de doenças e óbitos associados a doenças crônicas, ao mesmo tempo em que mantém uma alta incidência de doenças e óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, além de elevadas taxas de mortalidade por causas externas (Martins *et al.*, 2021; Araújo, 2012; Vasconcelos *et al.*, 2012).

Tal processo está estritamente relacionado à transição nutricional, caracterizada por um cenário de múltipla carga de má nutrição, marcada pela coexistência de desnutrição, excesso de peso e carências nutricionais (Batista Filho; Rissin, 2003; Popkin, 1993). Ademais, é necessário reconhecer as enormes desigualdades regionais e os distintos contextos socioculturais em que se dão os processos de transição no Brasil (Martins *et al.*, 2021).

Nessa direção, cabe reiterar que, em 2022, este panorama de Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) se tornou mais presente no país. A continuidade do desmonte de políticas públicas, a piora na crise econômica, o aumento das desigualdades

sociais, raciais e o segundo ano da Pandemia de covid-19 mantiveram mais da metade (58,7%) da população brasileira em InSAN, nos mais variados níveis de gravidade.

Neste cenário, soma-se ainda as desigualdades de gênero, raciais, étnicas e territoriais que aprofundam a marca das diferenças: as famílias chefiadas por mulheres, comparadas às chefiadas por homens, possuem maior prevalência de InSAN (64,1% vs. 53,6%); identifica-se um aumento de 60% da InSAN entre a população negra, quando comparado aos 34,6% da população branca; entre a população LGBTQIA+, 68,8% estão em algum grau de InSAN, sendo 20,2% em InSAN grave (Rede PENSSAN, 2021; 2022; Lima *et al.*, 2021).

Ademais, a InSAN nas comunidades quilombolas apresenta uma prevalência entre 60% e 85% (Afonso; Correia; Silva, 2019). Nos dados mais recentes do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, observa-se que as transições epidemiológica e nutricional entre as populações indígenas no Brasil são bastante desiguais, com maior prevalência de desnutrição crônica, anemia e diarreia (Carlos Jr, 2014). Nesse sentido, o componente equidade deve ser considerado essencial para a reparação das desigualdades existentes. Concomitantemente, a prevalência de obesidade tem aumentado de maneira epidêmica nas últimas quatro décadas. Dados Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, em 2019, demonstraram um crescimento no percentual de pessoas adultas com excesso de peso – de 43,3% em 2002 para 61,7% em 2019 – e com obesidade – de 12,2% em 2002 para 26,8% em 2019 (IBGE, 2020).

Além disso, outras condições de saúde relacionadas à A&N menos prevalentes na população ou invisibilizadas pela inexistência de dados epidemiológicos nacionais, também podem estar presentes no cotidiano da vida das pessoas e, portanto, de diversas equipes da APS. Pessoas com alergias e intolerâncias alimentares; doença celíaca; anemia falciforme; erros inatos do metabolismo (como a fenilcetonúria e as mucopolissacaridoses); transtornos alimentares; uso de vias alternativas de alimentação (sondas e ostomias); pessoas com deficiências que afetam a alimentação e a nutrição, como a paralisia cerebral; carências nutricionais específicas (como beribéri, entre outras condições), podem apresentar comprometimento da qualidade de vida e estar susceptíveis a altas taxas de mortalidade.

Nesse contexto, a APS, enquanto porta de entrada preferencial no SUS, ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, é espaço-chave para identificação e cuidado dos casos. Todavia, a identificação e o acolhimento dessas pessoas ocorrem, sobretudo, à medida que são aprimoradas a responsabilização pela população adscrita, a acessibilidade e a capacidade resolutiva das equipes (Brasil, 2022).

Assim, considerando-se as discussões aqui apresentadas, fica evidente o quanto as modificações no perfil epidemiológico e nutricional da população culminam em uma conjuntura atual repleta de contradições e desafios para a saúde coletiva, cujo enfrentamento depende de um amplo leque de ações e a APS possui função estratégica.

## **Cuidado em Alimentação e Nutrição: quais desafios e possibilidades o LIS apresenta?**

No que se refere à perspectiva da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), as experiências abordaram desafios complexos já conhecidos, como o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados. Esses desafios corroboram os resultados de pesquisas que realizaram análises representativas da população brasileira (Louzada *et al.*, 2023) e associaram o consumo desses produtos ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e à ocorrência de mortes prematuras (Nilson *et al.*, 2022; Louzada *et al.*, 2021). Sublinha-se que, apesar do complexo cenário que se apresenta, marcado pela lógica neoliberal e influências do mercado no consumo alimentar, tais iniciativas apresentadas ao LIS A&N na APS descrevem oportunidades para qualificar as ações de VAN e PAAS.

Nesse diálogo, alinhado à superação das diversas interferências nas culturas alimentares e ressaltando a diversidade cultural, destacam-se experiências que podem contribuir para a construção de análises do consumo alimentar baseadas nos modos de vida e na cultura alimentar de diferentes populações. Essas análises reconhecem a vasta extensão territorial, bem como a diversidade étnica, linguística e cultural do nosso país, proporcionando uma abordagem mais inclusiva e contextualizada. Evidencia-se, então, a importância da competência cultural como um atributo derivado APS, capaz de desnaturalizar a suposição de um padrão alimentar universal e diversificar o cuidado.

Portanto, para o fortalecimento do cuidado nutricional na APS, é imprescindível reconhecer e considerar os diversos contextos e necessidades, diante da rica diversidade cultural da população brasileira, que inclui desde áreas rurais até periferias urbanas (Guerra; Botelho; Cervato-Mancuso, 2021), além das variadas comunidades tradicionais, como povos indígenas (Carlos Jr., 2014), quilombolas (Corrêa; Silva, 2021), caiçaras (Rocha, 2017), ribeirinhos (Cardoso *et al.*, 2022) e povos de terreiro (Silva; Rocha, 2023), entre outras. Dessa forma, reforça-se a importância de uma atuação profissional intercultural e territorializada, capaz de promover acolhimento e escuta qualificada, facilitando a interação entre os diferentes saberes, modos de vida e práticas alimentares. Ainda, além da competência cultural, intensificar práticas que se apoiem no atributo da orientação comunitária e familiar tem se mostrado primordial para potencialização do cuidado nutricional na APS. Entre as apresentadas ao LIS A&N na APS, a grande maioria pôde descrever processos de organização de atividades coletivas, grupos e ações territoriais tendo usuários(as) – em geral, mulheres, crianças e adolescentes com vínculo escolar – e famílias como principais públicos-alvo. No entanto, a compreensão do lugar do território no cuidado foi concebida de modo distinto entre as experiências.

Diversas experiências abordam o território a partir de uma perspectiva ampliada, enquanto um espaço geográfico socializado, com particularidades, que configuram diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos. A partir dessa compreensão sobre o

território foi possível identificar um avanço no entendimento e na consequente abordagem dos ambientes alimentares.

Nessa direção, a ideia de ambientes alimentares deve considerar, então, aspectos sociais, tais como o acesso à terra, os modos de produção, de circulação e de consumo de alimentos. Assim, quando se tem como objetivo a promoção de maior acesso a alimentos saudáveis, faz-se oportuno a articulação com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos (Carús, 2023), como demonstrado por algumas das experiências recebidas e selecionadas pelo LIS.

Como exemplos, as experiências com hortas e oficinas culinárias comunitárias ou vinculadas às unidades de APS, especialmente aquelas viabilizadas por meio de articulações intersetoriais, puderam trazer para a atuação e formação profissional o reconhecimento dessas iniciativas como potenciais geradoras de práticas de cuidado mais horizontalizadas, que ultrapassam o autocuidado individual, incentivando a soberania alimentar, valorizando a educação popular, a participação social e a autonomia das pessoas no cuidado em saúde. Ademais, podem contribuir com a redução do cenário de InSAN por meios do compartilhamento de saberes e práticas interprofissionais e interdisciplinares.

Ainda no âmbito das ações de PAAS, e em diálogo com essas mesmas experiências, destacaram-se as atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Essas atividades alteraram a perspectiva tradicional da consulta individual, encontrando força nas trocas de experiências, no protagonismo dos saberes populares, na utilização de uma linguagem diversificada capaz de democratizar ações de informação,

educação e comunicação em saúde, e na transversalidade das relações de cuidado.

No amplo espectro das ações educativas em saúde, as experiências recebidas pelo LIS A&N na APS evidenciaram a coexistência de perspectivas ainda baseadas em palestras, que estabelecem uma relação informativa e orientativa unidirecional, reforçando uma hierarquia entre profissional e usuário. No entanto, observa-se também o crescimento de ações que dialogam com a Educação Popular em Saúde, adotando uma perspectiva educativa que emerge das experiências e saberes das pessoas usuárias dos serviços e de suas vidas nos diferentes ambientes alimentares em que estão inseridas.

No que tange aos aspectos da prevenção e controle de agravos nutricionais, além daqueles mais gerais e coletivos já desenvolvidos anteriormente, pode-se destacar a necessidade do fortalecimento da atenção nutricional, pautando-se por uma clínica ampliada e compartilhada (Campos; Amaral, 2007). Apesar de não figurar uma novidade, a abordagem da clínica ampliada na nutrição – com a valorização da sabedoria prática e da escuta, a articulação de saberes fruto do conhecimento tecnocientífico das áreas de A&N com princípios éticos e aspectos psicossocioculturais – se mantém como um desafio perante ao ainda hegemônico modelo biomédico e também concorrente aos usos simplificados de novas abordagens para a prática clínica (Demétrio, *et al.*, 2011; Seixas *et al.*, 2020).

Nesta seara, considerando os desafios de ampliar a clínica visando aumentar a autonomia da pessoa usuária do serviço de saúde, da família e da comunidade, bem como a consideração do

contexto social, econômico, político e de significação para a produção compartilhada do cuidado, cabe antigos e novos elementos.

Experiências apresentadas ao LIS A&N na APS contextualizaram o período pós Pandemia de covid-19, a partir do aumento significativo do nível de sofrimento psíquico decorrente do isolamento social e das tantas perdas vivenciadas, bem como dos índices de pobreza e suas mazelas. Aliado a isso, sinalizaram carências por estratégias e ferramentas inovadoras que apoiassem o cuidado perante o aumento das CCNT.

Nesta perspectiva, o fenômeno em curso do aumento e diversificação expressiva de usos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na vida e também na oferta de serviços de saúde se aprofunda. Diversas experiências relataram o uso de aplicativos de mensagem instantânea, vídeos, podcasts e cartilhas digitais como ferramentas oportunas de comunicação e trocas de experiências entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços. Além disso, o desenvolvimento de aplicativos web específicos para suprir necessidades de educação permanente sobre condições crônicas também foram apresentados.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o apoio à informatização do SUS e a promoção da estruturação e do funcionamento de soluções tecnológicas e serviços de saúde digital têm sido incentivados como forma de apoiar a prática clínica e a educação permanente. Esse movimento é especialmente justificado pela necessidade de ampliar o acesso à saúde para populações negligenciadas, vulneráveis, geograficamente isoladas e povos originários (Brasil, 2024). Nessa direção, no que tange ao processo de trabalho dos nutricionistas na APS, destaca-se

o incremento da atuação mediada por TICs para atendimento remoto, por meio da Portaria que institui a composição e funcionamento das equipes eMulti, onde o profissional se insere (Brasil, 2023). Além disso, com o intuito de regular a prática profissional da categoria, o Conselho Federal de Nutricionistas sistematiza orientações práticas para a telenutrição (Conselho Federal de Nutricionistas, 2024).

Tendo em vista o desafio de fortalecer o cuidado nutricional na APS, apesar dos importantes avanços e inovações tecnológicas, é necessário considerar os entraves relacionados às desigualdades no acesso, motivação e aptidão dos potenciais beneficiários às ferramentas de comunicação, além da inadequação da infraestrutura e da necessidade de investimentos financeiros nos serviços de saúde. Esses são desafios significativos para o uso das TICs na área de A&N (Curioni; Brito; Boccolini, 2013) e na APS (Bender *et al.*, 2024).

Outra face da moeda nas relações mediadas por TICs na saúde são atravessadas pela velocidade de produção de conteúdos influenciada pelas redes sociais e a escalada de propagação de desinformação. Apesar da desinformação não representar uma novidade no que tange às práticas alimentares e aos padrões de consumo no campo de A&N, é fundamental grifar a ampliação deste processo com o advento das mídias sociais. Além da baixa qualidade de informações sobre alimentação produzidas nas redes (Nogueira *et al.*, 2024), é constatado que a frequência de uso das redes sociais influencia as atitudes alimentares transtornadas e a insatisfação corporal, sobretudo entre as mulheres (Miranda; Moreno; Rocha, 2024).

Para promover o fortalecimento do cuidado com base nessa constatação, é fundamental desenvolver estratégias que ampliem a capacidade de comunicação em saúde nos serviços da APS e estimulem a crítica aos conteúdos acessados, conforme destacaram iniciativas do Eixo de Cuidado do LIS A&N na APS. Isso inclui difundir informações verídicas sobre cuidados nutricionais, alimentação e condições de saúde associadas, além de enfatizar o Guia Alimentar para a População Brasileira e Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos como as principais fontes de informação sobre alimentação adequada e saudável.

Outro fator ressaltado entre as experiências do LIS, dialoga sobre a inevitável necessidade de incorporar perspectivas interseccionais no cuidado nutricional na APS. Apesar dos princípios do SUS versarem sobre a importância da abordagem da integralidade e equidade no cuidado em saúde, o olhar e as ferramentas para a produção deste cuidado forjaram-se nas práticas a partir de uma invisibilização de especificidades, e reforçaram a produção de iniquidades para diversos grupos sociais, como a população negra, indígena, LGBTQIA+, entre outras (Barbosa, Oliveira, Corrêa, 2023; Sandes, 2018; Pereira, Chazan, 2019; Lima *et al.*, 2021).

Neste sentido, ao considerar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país, as diferentes formas de má nutrição e o acesso à alimentação como um marcador dessa desigualdade, é preciso planejar ações de cuidado em A&N que considerem as interseccionalidades existentes.

A interseccionalidade destaca como práticas de cuidado alimentar e nutricional podem perpetuar desigualdades ao negligenciar as experiências de saúde e as múltiplas identidades estéticas e existenciais das pessoas. Desconsiderar as estruturas de poder mencionadas como fontes de opressão social pode ter sérias consequências para a saúde de grupos historicamente marginalizados, como pessoas pobres, negras, gordas, mulheres, indígenas, trans, travestis, lésbicas, gays, bissexuais, intersexo, idosas e pessoas com deficiência física. Esses grupos enfrentam impactos diferenciados nas suas condições de saúde, A&N devido à interação complexa dos diversos eixos de opressão social ao longo da história (Demétrio; Scagliusi, 2023).

Primeiro porque o acesso à alimentação adequada e saudável é mais difícil nos contextos de vulnerabilidade (Silva; Souza; 2022; Amancio; Schemiko; Retondario, 2024) e segundo, porque se soma a isso o fato de que essa é a população que também tem menos acesso às ações de cuidado de forma continuada (Arruda; Maia; Alves; 2018; Carvalho, 2020). Assim, há um acúmulo de fatores que contribuem para um panorama alimentar e nutricional preocupante nesta população.

Partindo do desafio de alicerçar o desenvolvimento de práticas já sistematizadas em políticas de equidade, ações de produção do conhecimento e de compartilhamento de experiências tem apoiado a ampliação da clínica na APS, inclusive no campo da A&N (Pedrana *et al.*, 2018; Borret, *et al.*, 2020; Lima, Gaudenzi, 2023).

Nesse sentido, destaca-se a elaboração do Guia de Atenção Nutricional para a População LGBTQIA+, publicado pelo Conselho Regional de Nutricionistas – Região 1 (CRN-1).

Alinhado à Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIA+, o guia ressalta a determinação social da saúde dessas populações e orienta práticas e condutas de cuidado nutricional que consideram as diversas identidades de gênero, orientações afetivo-sexuais e características sexuais. Ademais, cabe salientar que tendo sido construído a partir do protagonismo de pesquisadores e profissionais nutricionistas pertencentes às populações LGBTQIA+, a publicação evidencia a importância de produzir orientações que se pautem pela experiência concreta dos grupos socialmente invisibilizados no cuidado.

Do ponto de vista do cuidado diante do racismo, é fundamental considerar que suas repercussões na alimentação e nutrição da população negra brasileira envolvem barreiras de acesso decorrentes do racismo estrutural, o contexto de insegurança alimentar e nutricional (InSAN), a desconsideração das culturas e saberes alimentares quilombolas e dos povos de matriz africana, além do racismo institucional e ambiental. Também deve ser ressaltada a percepção da discriminação racial e seus efeitos negativos sobre os hábitos alimentares (Santos *et al.*, 2023; Rodrigues, 2020). Os dados da cobertura e registro do estado nutricional da população negra no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apontam e confirmam estas disparidades, onde a população não negra é 2,4 vezes mais registrada/acompanhada (Vaz, 2023).

Frente a isso, construir um cuidado nutricional antirracista na APS requer um enfoque consciente e deliberado para enfrentar as disparidades históricas e estruturais que afetam as comunidades marginalizadas. Isso implica em reconhecer os efeitos da branquitude (Bento, 2022) e demais determinantes

sociais da saúde que perpetuam desigualdades alimentares e nutricionais entre diferentes grupos étnicos e raciais.

É fundamental investir na formação culturalmente competente dos profissionais de saúde para poderem oferecer cuidado sensível às necessidades específicas de cada comunidade, promovendo acesso equitativo a alimentos saudáveis, EAN adequada e um ambiente de cuidado inclusivo e respeitoso.

## **Considerações finais**

À guisa de conclusão, é possível constatar que o campo da A&N teve uma notável trajetória no sentido do maior diálogo e apropriação pelo SUS, desenvolvendo-se com o intuito de responder aos principais agravos e desafios relacionados à área no país.

Principalmente nos últimos 20 anos, foram publicados pelo Ministério da Saúde um conjunto de marcos normativos e outros materiais com o intuito de qualificar as ações em A&N na APS e oportunizar a organização intersetorial. Em tais publicações, foram sendo incorporados avanços e mudanças de concepções sobre a alimentação e o cuidado nutricional expressos em sua forma teórica, mas com o intuito de contribuir com o aprimoramento das práticas das equipes de saúde. Entende-se que essas são conquistas importantes para o campo da A&N, contudo, cabe ponderar que há frequentemente um grande hiato entre as mudanças dos conceitos e perspectivas criadas em políticas públicas, e sua real efetivação no nível local.

Compreende-se que são muitos os elementos que se relacionam com a necessidade de fortalecimento do cuidado

nutricional na APS, e que os mesmos se apresentam como complexos à medida que emergem das complexidades dos contextos intrínsecos às relações sociais e as condições de saúde da população.

Ademais, nos últimos anos o Brasil se deparou com uma encruzilhada na construção e manutenção da rede de proteção social, colocando em risco os recentes avanços em A&N, saúde e segurança alimentar e nutricional (SAN). O acirramento da dupla carga da má nutrição revela novos e complexos reveses ao sistema. Além disso, a universalização das ações de A&N em âmbito local constitui um importante desafio a ser superado.

Considerando que a saúde e a alimentação adequada e saudável são direitos garantidos pela Constituição Federal, é imprescindível que os avanços e as perspectivas futuras no campo da A&N sejam orientados pela garantia desse direito, visando assegurar a SAN a todos os brasileiros, especialmente às populações historicamente vulnerabilizadas. A partir desses desafios, bem como de experiências sensíveis e capazes de induzir mudanças nas práticas, é possível prospectar caminhos e possibilidades para aprimorar as ações de A&N na APS.

## Referências

AFONSO, L. F. C.; CORREA, N. A. F.; SILVA, H. P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: uma revisão da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 27, p. e020003, 2019.

ARAÚJO, J. D. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, R. G.; CORRÊA, R. M. Cuidado em Saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2469–2477, 2023.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S181-S191, 2003.

BENDER, J. D. *et al.* O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e19882022, 2024.

BENTO, M. A. **Pacto da Branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BORRET, R. H. *et al.* Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, p. e148, 2020.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00152620, 2021.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/)

emc/emc64.htm. Acesso em: 4 out. 2024.

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

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

BRASIL. **Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. **Manual Instrutivo do Programa SUS Digital**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CARDOSO, R. *et al.* Segurança alimentar e nutricional: estratégias para a valorização da cultura alimentar em comunidades ribeirinhas de Abaetetuba - PA. **Conjecturas**, v. 22, n. 16, p. 946-959, 2022.

CARLOS Jr., E. A. C. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014.

CARÚS, J. P. **Usos e abusos do conceito de Ambiente Alimentar**: contribuições para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a partir do pensamento de Josué de Castro e de Milton Santos. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

CORRÊA, N. A.; SILVA, H. P. Da Amazônia ao guia: os dilemas entre a alimentação quilombola e as recomendações do guia alimentar para a população brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190276, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Manual prático de Telenutrição**. Brasília: CFN, 2024.

CURIONI, C. C.; BRITO, F. S. B.; BOCCOLINI, C. S. O uso de tecnologias de informação e comunicação na área da nutrição. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, v. 2, n. 3, 2013.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DEMÉTRIO, F. *et al.* A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação

nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Revista de Nutrição*, v. 24, p. 743-763, 2011.

DEMÉTRIO, F.; SCAGLIUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 4, p. e230050pt, 2023.

GUERRA, L. D. S.; BOTELHO, F. C.; CERVATO-MANCUSO, A. M. “Se você pegar locais de maior periferia, esqueça!”: a (falta de) atuação pelo direito humano à alimentação adequada na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00235120, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

JAIME, P. C. *et al.* Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews*, v. 14, suppl. 2, p. 88-95, 2013.

LIMA, F.; GAUDENZI, P. Racismo, iniquidades raciais e subjetividade: ver, dizer e fazer. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2, p. e230313pt, 2023.

LIMA, L. M. *et al.* **Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+**. Brasília: Conselho Regional de Nutricionistas – 1ª região, 2021.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Consumption of ultra-processed foods in Brazil: distribution and temporal evolution 2008-2018. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 12, 2023.

MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 4483-4496, 2021.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018.

MIRANDA, M. G. *et al.* Influência das redes sociais nas atitudes alimentares e satisfação corporal de mulheres jovens: uma revisão sistemática. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 19, p. e73768, 2024.

MORAES, A. O. S. *et al.* Food profile of Yanomami indigenous children aged 6 to 59 months from the Brazilian Amazon, according to the degree of food processing: a cross-sectional study. *Public Health Nutrition*, v. 26, n. 1, p. 208-218, 2023.

MONTEIRO, C.A. *et al.* A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n.11, p. 2039-2049, 2010.

MONTEIRO, C. A. *et al.* The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*,

v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018.

NILSON, E. A. F. *et al.* Premature deaths attributable to the consumption of ultraprocessed foods in Brazil. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 64, n. 1, p. 129-136, 2023.

NOGUEIRA L. C., G., *et al.* Qualidade da informação sobre alimentação e nutrição disponível no Instagram. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 9, n. 3, p. 257-271, 2024.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 42, 2018.

PEREIRA, L.B.C., CHAZAN, A.C.S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. v. 14, n. 41, p. 1795, 2019.

POPKIN, B. M. Nutritional patterns and transitions. **Population and Development Review**, p. 138-157, 1993.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Rede PENSSAN). **Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Belo Horizonte: Instituto Vox Populi, 2021.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Rede PENSSAN). **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN): relatório final**. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar-PENSSAN. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert, Rede PENSSAN, 2022.

REIS, E. C.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017. **Revista de APS**, v. 26, 2023.

ROCHA, J. da. **Modos de vida, sistemas alimentares e transformações: os caixas de Barbados, Paraná, Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RODRIGUES, Y. E. **Discriminação racial autopercebida e hábitos alimentares: revisão sistemática e modelo conceitual**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020.

SANDES, L. F. F. *et al.* Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 42, e163, 2018.

SANTOS, A. B. A. *et al.* Repercussões do racismo na alimentação e nutrição da população negra brasileira. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 30, n. 00, p. e023027, 2023.

OLIVEIRA, D.; ROCHA, S. F. L. Terreiros de religião de matriz africana: territórios e ambientes alimentares de comensalidade sagrada, saudável e sustentável. **Cadernos OBHA**, v. 1, n. 4, 2023.

SEIXAS, C. M. *et al.* **Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, p. e300411, 2020.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F.; FRANÇA, E. Transição epidemiológica na América Latina: diferentes realidades. **Anais do V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población**, Montevideo, Uruguay, 2012.

VAZ, D. L. M. **Estado nutricional e cobertura do registro da população negra no sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de Minas Gerais e no Brasil em 2021.** Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Ouro Preto, 2021.

ZABOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC: ABRASCO, 2007.

# Capítulo 13

## A COZINHA COMO ESPAÇO PARA O CUIDADO: O PROTAGONISMO DAS MULHERES NEGRAS E DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Débora Silva do Nascimento Lima  
Camila Moreira Fonseca  
Luana de Lima Cunha  
Danielle Theodoro Canicio  
Mariana Fernandes Brito de Oliveira  
Rute Ramos da Silva Costa

### **O saber da experiência nas cozinhas como potência na Educação Alimentar e Nutricional**

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) conceitua-se como um “campo de conhecimento e de prática contínuos e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis” (Brasil, 2012, p.23). Por estar inserida no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional, deve considerar a complexidade dos sistemas alimentares e os significados que compõem as práticas alimentares. Sendo assim, a EAN não deve ser reduzida a instrumento aplicado em determinado espaço-tempo para implementar a consciência científica sobre as demais (Brasil, 2012).

Apesar de costumeiramente se pensar a EAN do ponto de vista da aplicação de técnicas construídas por meio da produção científica ou da relação entre teoria e prática, adicionamos a proposta elaborada por Jorge Bondía Larrosa (2002), no contexto das Ciências da Educação, sobre outra relação possível: a da experiência e o saber que se produz a partir dela. A experiência, a que o último autor se refere, não se trata de algo que acontece externamente a nós, mas daquilo que nos atravessa. Em consequência disto, o saber da experiência é aquele que se adquire enquanto vamos respondendo ao que nos acontece ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao que nos acontece.

Tomando emprestado a relação entre a experiência e o saber da experiência (Bondía, 2002), propomos aqui algumas reflexões sobre as potencialidades das cozinhas na mediação de processos de EAN. Convidamos os/as leitores/as a nos aproximarmos de itinerários de educação e de cuidado que se constroem, nas e a partir das cozinhas negras brasileiras. Neste percurso, nos interessa tecer análises assentadas em perspectivas críticas sobre a alimentação.

Lourençe Alves (2021) afirmou que as mulheres negras alimentam o Brasil, do seio à mesa, desde que chegaram, forçadamente, ao continente. Apesar da brutalidade da colonização e suas heranças, destaca-se a agência e a resistência das mulheres negras a partir da produção e comercialização de alimentos, possibilitando construir caminhos para a liberdade, assim como para a preservação de saberes e práticas ancestrais (Machado, 2021).

As experiências nas cozinhas, nesse sentido, marcam o corpo e a memória de mulheres negras, indígenas, quilombolas e

fazem com que essas sejam profundas conhecedoras dos saberes das cozinhas (Lima *et al.*, 2021), das sementes crioulas (Dealdina, 2019) e também do cuidado em saúde a partir de matos e ervas medicinais (Alves *et al.*, 2022, Santos, 2015; Nascimento, 2020). Tais vivências exprimem que no contexto da promoção da alimentação adequada e saudável os saberes afroancestrais são conhecimentos potentes no processo educativo para pensar a alimentação contextualizada à realidade dessa população.

O processo educativo, nessa perspectiva, toma como ponto de partida um contexto concreto, portanto, a experiência, tem o objetivo de indicar caminhos que possam atender as demandas que emergem da cotidianidade dos sujeitos envolvidos na ação, a partir de reflexões profundas e críticas (Freire, 1987). Por isso, necessariamente, as ações de educação devem operar no movimento dinâmico da práxis, a “ação e reflexão sobre o mundo para transformá-lo” (Freire, 1987, p. 52, 172).

Acreditamos que as experiências nas cozinhas produzem saberes sólidos e profundos que ficam impressos no corpo. A exposição dos sentidos ao aprendizado possibilita que as pessoas aprimorem as suas habilidades de percepção das linguagens do alimento, elaborem técnicas e caminhos para tornar as preparações mais adequadas ao seu paladar, cultura, saberes e sua ancestralidade.

Assim, este capítulo tem por objetivo apresentar algumas contribuições na reflexão sobre a cozinha como o espaço de cuidado em saúde, evidenciando os saberes e práticas afroancestrais bem como os atravessamentos pertinentes à discussão da Educação Alimentar e Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde, na intercessão à raça e gênero.

## **A cozinha dos povos: alimentos regionais na prática do cuidado em saúde**

A alimentação tradicional e a utilização de alimentos regionais (Brasil, 2015) se constituem como um arcabouço de padrões desenvolvidos e transmitidos ao longo das gerações e são fontes essenciais de conhecimentos para a formulação de recomendações que visam promover a alimentação adequada e saudável (Lima, 2018). Resultam do acúmulo de conhecimentos sobre as variedades de alimentos, as técnicas de produção que se mostraram efetivas e sobre as combinações de alimentos e preparações culinárias. A valorização e utilização de alimentos regionais na alimentação das comunidades quilombolas emerge como um pilar fundamental na promoção da saúde, se revelando como uma estratégia essencial na preservação da cultura e sustentabilidade ambiental (Nascimento, 2021; Santos, 2015).

A comida tem símbolos e significados culturais que vão além da composição nutricional (Lima *et al.* 2021). As práticas de cuidado e alimentação são formas de resistência e preservação da identidade, mostrando que a saúde vai além do biológico e inclui a dimensão social, cultural e espiritual (Brasil, 2014), essencial para a sobrevivência e o bem-estar dessas comunidades.

As práticas alimentares tradicionais não apenas garantem a subsistência, mas também perpetuam esses saberes construídos na coletividade e por meio do compartilhamento cotidiano. A cozinha é, assim, descrita como um espaço de encontro e compartilhamento, onde as receitas são partilhadas oralmente e memorizadas no corpo. Existe uma profunda conexão entre a alimentação tradicional com

a preservação da identidade quilombola e a resistência cultural dessas populações (Lisboa; Tojal, 2023).

A alimentação afroancestral, nesse contexto, é considerada um pilar para a promoção da saúde e bem-estar dessas comunidades. Essa perspectiva pode ser conectada com conceitos propostos pelo intelectual e quilombola Antônio Bispo dos Santos (2015, 2023), como a biointeração, por meio da qual se compreende que tudo no universo está interconectado e que a vida humana depende de um equilíbrio e dessa relação simbiótica com a natureza.

Açaí, jatobá, cupuaçu, buriti, umbu, bacuri, cacau, baru, gabiroba, murici, pequi, pupunha, tucumã, pinhão, butiá e jurubeba são alguns dos alimentos que compõem nossa biodiversidade. Falar desses alimentos é também dialogar sobre a diversidade de sistemas socioculturais, pois povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, pescadores e outras comunidades tradicionais estão intrinsecamente ligadas à manutenção e preservação de nossa sociobiodiversidade (Ministério da Saúde, 2015; Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, 2024).

O território brasileiro possui cerca de 25% de toda diversidade biológica do planeta. A preservação da nossa sociobiodiversidade está associada às práticas familiares e comunitárias, a exemplo: os quintais produtivos e a prática culinária. Expressando, assim, a cultura e alimentação local, formando cadeias produtivas capazes de assegurar o processamento artesanal e comercialização dos alimentos, valorizando práticas e a identidade cultural dos povos e comunidades (Terra de direitos, 2020).

A promoção da alimentação baseada na preservação da sociobiodiversidade está alinhada às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (Brasil, 2014), que se contrapõe ao crescente consumo de produtos ultraprocessados, valorizando os alimentos in natura e minimamente processados. Esses alimentos são nutricionalmente ricos e contribuem para a redução de doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2014; 2022). Para fortalecer as práticas culinárias propostas pelo GAPB, é fundamental valorizar o trabalho feminino, já que as mulheres desempenham um papel crucial na resistência à desterritorialização da comida e na preservação do patrimônio alimentar das comunidades, sendo guardiãs dos saberes culinários, da memória e da identidade dos povos (Schottz, 2019).

Portanto, a compreensão de alimentação saudável em consonância ao Guia Alimentar para a População Brasileira valoriza uma alimentação que respeita a identidade cultural e contribui para Segurança Alimentar e Nutricional, a preservação da sociobiodiversidade, a promoção da autonomia, do autocuidado e da culinária local como prática emancipatória. Nesse contexto, é necessário reconhecer a cozinha dos povos e o trabalho das mulheres nos quintais, nas roças e nas cozinhas, resgatando e propagando conhecimentos no cuidado em saúde.

### **Comunidades quilombolas e o saber da experiência: roças e quintais produtivos na promoção de saúde**

A discussão sobre a agricultura familiar, orgânica, sustentável e/ou agroecológica vem ganhando legitimidade social, política e

acadêmica no Brasil, devido aos novos modos de vida da população, na preocupação em consumir alimentos saudáveis e com o equilíbrio ambiental (Silva, 2023). A demanda tem auxiliado no aumento de uma produção sem a utilização de agrotóxicos, fugindo dos meios convencionais de produção utilizados pelo agronegócio. Lunardon (2008), Mazzoleni, Nogueira (2006), Moraes e Oliveira (2017) explicam que a agricultura orgânica pode se apresentar como uma alternativa na busca pela sobrevivência harmoniosa entre o ser humano e a natureza, visto que os meios convencionais de produção potencializam a degradação ambiental, causando danos para a saúde e qualidade de vida humana, fauna e flora.

A agricultura orgânica pode ser realizada nos quintais agroecológicos, isto é, uma pequena porção de terra localizada próximo ao local onde as famílias residem. Ainda que o reconhecimento desses quintais seja incipiente, esses espaços são estratégias para a efetivação da soberania alimentar, redução dos impactos negativos advindos do uso indiscriminado do solo, da água e de tecnologias que destroem a sociobiodiversidade (Oliveira, 2015; Silva, 2023).

Rocha (2017) reflete sobre a importância dos quintais produtivos com relação à alimentação e rendas familiares, destacando a diversificação dos alimentos presentes na alimentação diária. A autora afirma que a falta do quintal pode ser um fator de restrição da dieta, em especial dos alimentos fonte de vitaminas, minerais e fibras, como hortaliças e frutas. Outros aspectos alusivos aos quintais dizem respeito à conservação *in situ* das espécies cultivadas, à introdução de novas espécies e à produção de plantas medicinais por populações tradicionais.

Segundo Nêgo Bispo (2024), as roças desempenham um papel fundamental nos quilombos, funcionando não apenas como fonte de alimentos frescos e saudáveis, mas também como espaços de preservação de práticas agrícolas tradicionais e de fortalecimento da identidade cultural das comunidades quilombolas. Esses espaços contribuem para a Segurança Alimentar e Nutricional, promovem a biodiversidade e são essenciais para a sustentabilidade econômica e ecológica das comunidades. O conhecimento tradicional quilombola tem papel fundamental na preservação e manejo desses quintais, e vem sendo transmitido, em uma perspectiva de respeito a não acumulação e à sazonalidade do alimento.

As comunidades quilombolas estão profundamente conectadas com a luta pela soberania alimentar, o combate ao racismo ambiental e a promoção da saúde, que não pode ser dissociada do território e da cultura. A biointeração é peça chave para entender a conexão íntima com a biodiversidade local, respeitando os ciclos naturais, as plantas e os animais presentes em seu entorno (Santos, 2015).

Silva (2018), destaca que o manejo sustentável do solo e da água nos quintais produtivos quilombolas contribui para a prevenção de doenças relacionadas à ingestão de alimentos contaminados por agrotóxicos e para a promoção da saúde dessas comunidades. Além disso, é possível constatar a importância dos quintais produtivos na promoção de saúde, também, relacionados ao cultivo das plantas com propriedades terapêuticas, cuja utilização se mostra de extrema importância para os quilombolas, com especial ênfase no período de Pandemia da covid-19, com

a preparação de remédios caseiros à base de plantas medicinais (Alves *et al.*, 2023).

No Quilombo Dona Bilina, um dos quilombos situados no Maciço da Pedra Branca, os chamados “*griots*” seguem atuando ativamente na promoção de saúde a partir de seus conhecimentos tradicionais:

Essas **ervas e plantas medicinais** consistem em importante e valioso patrimônio da comunidade Dona Bilina. Saberes e práticas de saúde coletiva, **transmitidos oralmente** de geração em geração, **preservam os modos de fazer** dos locais, promovem interação e troca de experiências entre gerações e visibilizam o **conhecimento tradicional**. Os nomes populares das ervas podem variar, assim como seus usos na culinária, em práticas religiosas (banhos, benzimentos, rezas) e na medicina tradicional (produção de “garrafadas”, remédios, xaropes, chás, compressas, emplastos e cremes, por exemplo) (Gomes, 2023, p. 44. grifos nossos).

Discutir sobre quintais produtivos é também falar das mulheres que fazem diferença nos seus lares e na vida comunitária, garantindo soberania e segurança alimentar e nutricional por meio do cuidado, da transmissão de saberes e da produção de alimentos. O cuidado com as plantas e vegetais ao redor da casa e a coleta de frutos nativos faz parte da vida das mulheres quilombolas, que desde criança acompanham as mães e avós nesse cuidado, sendo o destino final dessa produção a comida para a mesa, o compartilhamento ou a fonte de renda para a casa.

As potencialidades que o cuidado em saúde nos quintais produtivos proporciona vão além da segurança alimentar e nutricional dos lares e da produção de renda para as famílias e/ou comunidades. Os quintais produtivos também representam espaços onde as mulheres podem se fortalecer e se encorajar na luta cotidiana, compartilhando saberes e refletindo sobre novas possibilidades, inclusive no enfrentamento do machismo e do racismo diários. Esses espaços promovem o cuidado integral da saúde e incentivam a busca por alternativas para a superação das violências de gênero historicamente vivenciadas (Mendes, 2020). É importante ressaltar que o trabalho das mulheres nos quintais produtivos também envolve o cuidado de animais de pequeno porte, como galinhas, caprinos, peixes e suínos, além da criação de bovinos para ordenha e o beneficiamento do leite em outros alimentos. Além disso, elas também desempenham um papel fundamental na criação de bovinos como reserva financeira em momentos de emergência, através da criação para venda, uma atividade frequentemente associada exclusivamente aos homens.

Nessas roças quilombolas são reconhecidas as correlações entre todos os seres vivos que usufruem da mesma terra. O pé de mamão, por exemplo, que já não se pode alcançar e que os frutos não possuem a mesma doçura, irão servir de alimento para pássaros e outros animais que com facilidade conseguem alcançar os frutos. As folhas secas, se tornam alimento para a terra, garantindo um solo rico em substratos. Essas são explicitações da biointeração em ato (Santos, 2015).

Mesmo com a intrínseca relação das mulheres e dos quintais produtivos, ainda são muitos os desafios enfrentados para

que esses espaços sejam reconhecidos como locais de produção. Para Santos (2020), uma possibilidade para o desenvolvimento rural é “construirmos políticas públicas que promovam igualdade de gênero para as mulheres e o suporte técnico para os diversos quintais produtivos” (Santos, 2020, p. 135).

Os quintais produtivos/roças de quilombo são importantes *locus* para a promoção da saúde no âmbito da Educação Alimentar e Nutricional, promovendo seus diferentes princípios: a comida e o alimento como referência, valorização da cultura alimentar com respeito a diversidade, sistema alimentar na sua integralidade, sustentabilidade social, ambiental e econômica promoção do autocuidado e autonomia (Brasil, 2012).

### **A cozinha como espaço para o cuidado de quem?**

Nas seções anteriores apresentamos as potências dos saberes das experiências das comunidades negras e quilombolas no tocante à alimentação, dos quintais às cozinhas, e discutimos a saudabilidade no sentido ampliado que tais expertises convocam. Nesse sentido, elegemos o lugar da mulher e a importância dessas para perpetuação das práticas alimentares afroancestrais no cerne da biointeração. Nesta seção pretendemos aprofundar uma reflexão sobre a cozinha como um espaço de cuidado em saúde. Porém, cuidado de quem?

Nos últimos anos, emergem o incentivo ao fortalecimento das práticas culinárias caseiras, das receitas de família e do ato de cozinhar no cotidiano. Esse movimento valoriza o comer como sinônimo de partilha e reconhece a importância simbólica e

afetiva de compartilhar as atividades que envolvem a preparação dos alimentos por toda a família. No entanto, é válido um olhar aprofundado para o lugar da cozinha para além do espaço físico em si, e destacar narrativas que expressam, também, a realidade amarga que envolve a historiografia das cozinhas no Brasil. Assim, cabe refletir, historicamente, quem são as pessoas que estiveram (e ainda estão) nas cozinhas, sobretudo as cozinhas domésticas?

Machado (2021) aponta que “o trabalho na cozinha é uma das formas mais ilustrativas de enxergar como a manutenção do funcionamento da sociedade brasileira e de sua economia depende do trabalho de mulheres negras” (p. 51). Apesar do trabalho e das habilidades culinárias das mulheres negras nas cozinhas no Brasil, essa atuação nunca foi reconhecida ou valorizada. O espaço da cozinha – e as mulheres negras – foi veementemente subalternizado e estigmatizado, sobretudo no período escravocrata brasileiro.

A cozinha doméstica sempre foi vista como o espaço reservado às mulheres negras, como o único que ela poderia estar. Além disso, as narrativas românticas e não problematizadas dos espaços das cozinhas, mascaram as condições violentas e arriscadas vividas no passado (e presente) de muita exaustão e miséria (Machado, 2021).

No campo da saúde e especificamente da alimentação e nutrição, o incentivo ao consumo e feitura da comida caseira ganha força e notoriedade com a publicação de dois documentos no início da década de 2010: o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (Brasil, 2012) e o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (Brasil, 2014).

No primeiro há um princípio que preconiza a “Valorização da culinária enquanto prática emancipatória” enquanto o segundo – reconhecido internacionalmente e referenciado na construção dos guias alimentares publicados no Uruguai, Equador, Peru, Chile e México (USP, 2024) – pressupõe como regra de ouro a preferência por alimentos *in natura*, minimamente processados e preparações culinárias em detrimento aos ultraprocessados (Brasil, 2014).

Ao destacar essa orientação no âmbito individual e coletivo, o GAPB dá centralidade à prática culinária, visto que essa categoria de alimentos demanda preparo na cozinha para ser consumida. É necessária a intervenção humana para que, a partir de alimentos *in natura* ou minimamente processados, refeições caseiras saborosas e atrativas sejam preparadas (Oliveira; Castro, 2022).

Ainda no GAPB, se destaca a prática culinária como uma estratégia que permite ampliar a autonomia nas escolhas alimentares das pessoas, famílias e comunidades como “agentes produtores de sua saúde, desenvolvendo a capacidade de autocuidado e também de agir sobre os fatores do ambiente que determinam sua saúde” (Brasil, 2014, p.22). Mill *et al.* (2017) nos apoia nesta investigação ao aprofundar os contextos, para além da habilidade manual de cozinhar, e aponta para determinantes sociais e de saúde que afetam o fazer das cozinhas – descritos como fatores individuais, comunitários e culturais –, que incluem gênero, disponibilidade de tempo, emprego, relações pessoais, culturais e étnicas.

A esta confluência de fatores que são determinantes-chave para a prática culinária, Oliveira e Castro (2022) propõem o Modelo Conceitual de Autonomia Culinária (MCAC), que

aperfeiçoa as indicações do GAPB ao contextualizar as escolhas alimentares à realidade brasileira no que tange às desigualdades sociais, raciais e de gênero. O MCAC dispõe de níveis que se correlacionam e impactam a ação do agente de efetivamente escolher as bases da sua alimentação. Sendo assim, o conceito de autonomia culinária é definido como:

Capacidade de pensar, decidir e agir para preparar refeições em casa, usando majoritariamente alimentos in natura ou minimamente processados, sob a influência das relações interpessoais, do meio ambiente, dos valores culturais, do acesso a oportunidades e da garantia de direitos (Oliveira e Castro, 2022, p. 8).

O modelo multinível apresentado nos convoca a refletir sobre como a adoção de uma escolha alimentar informada, com experiência e vivência da prática culinária, demanda considerar seis dimensões, a saber: microssistema (núcleo básico no qual o indivíduo se desenvolve); mesossistema (que engloba os vínculos que os microssistemas estabelecem entre si); exossistema (os contextos que influenciam os microssistemas, como as políticas públicas); macrossistema (valores culturais e políticos de uma sociedade, os modelos econômicos e as condições sociais); e cronossistema (momento histórico em que vive o indivíduo) (Oliveira; Castro, 2022).

Assim, olhar para a prática culinária, a preparação da alimentação caseira, como um exercício de autocuidado e autonomia desconectado das esferas que permeiam os determinantes e condicionantes sociais de saúde, é desconsiderar

as desigualdades e vulnerabilidades vividas por uma parcela importante da população, em que destacamos a população negra e os povos tradicionais. Ademais, existe papel fundamental do Estado no dever em subsidiar tais práticas apresentadas nos diferentes níveis do MCAC.

Nessa perspectiva, ao discutirmos as desigualdades no contexto da alimentação, especialmente no que se refere às práticas da cozinha doméstica, é fundamental refletir sobre como e em que medida as formas particulares de intersecção de opressões – envolvendo raça, classe e gênero – podem impactar todos os aspectos do convívio social (Collins; Bilge, 2020). A análise sob a ótica da interseccionalidade, desvela que a alimentação das mulheres, sobretudo negras (pretas e pardas), são desproporcionalmente afetadas pelas desigualdades. A dedicação semanal das mulheres aos afazeres domésticos e envolvimento com cuidados de outras pessoas (média de 21 horas) é quase o dobro quando comparada aos homens (11,7 horas). Ao desagregar esses dados no quesito raça/cor, observamos que as mulheres negras dedicam em média 1,6 horas a mais a essas tarefas quando comparadas às mulheres brancas (IBGE, 2021).

Tais dados demonstram, também, que as atividades de cuidado e afazeres domésticos tendem a impactar negativamente na renda feminina. Para conciliar a dupla jornada de trabalho em que uma é remunerada (produção) e outra não-remunerada (reprodução), a forma como as mulheres são inseridas no mercado de trabalho, em  $\frac{1}{3}$  das vezes (29,6%) é por meio das ocupações em horário parcial (IBGE, 2021). Em relação aos homens essa proporção é menor que 16%. No recorte do quesito

raça/cor, as mulheres pretas e pardas são as que mais exercem o modelo de trabalho em horário parcial (32,7%) e nas regiões Norte e Nordeste do país esse percentual é ainda maior, sendo 39,2% e 37,5%, respectivamente (IBGE, 2021).

Além desses aspectos que impactam diretamente a renda das famílias, temos ainda, o agravante da inflação sobre o valor da comida. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) entre os meses de março e abril de 2024 houve aumento significativo no valor do conjunto de alimentos elegidos como componentes da cesta básica. Esse estudo apresenta que em cidades do Norte, como Belém, o valor da cesta básica representa 52,17% do salário-mínimo (R\$1.412,00), e na região Sudeste, esse percentual pode chegar a 63% (DIEESE, 2024). Esse cenário nos convoca a uma reflexão de suma importância: se acessar alimentos em um sistema capitalista exige recursos monetários, e mulheres, sobretudo negras, têm renda menor, o impacto financeiro nas escolhas alimentares se apresentam de forma preocupante.

Corroborando a esta observação, dados relativos à insegurança alimentar e nutricional exibem que lares chefiados por mulheres negras estão em maior grau de vulnerabilidade quando comparado com mulheres brancas e homens (II VIGISAN, 2022). Esse fator impacta nos dados relativos ao Déficit de Altura pela Idade e no Déficit de Peso para Idade em crianças negras que apresentam persistente desvantagem em relação às crianças brancas, quando ambas são acompanhadas pelo Programa Bolsa Família (Brasil, 2022).

Com base na narrativa apresentada, destacamos que a culinária deve ser valorizada como uma prática emancipatória

(Brasil, 2012), e a cozinha, como uma potência no autocuidado, ao apoiar as pessoas para se tornarem agentes produtores de sua própria saúde, promovendo o empoderamento em relação ao cuidado com a saúde (Brasil, 2012). No entanto, é imprescindível considerar as desigualdades de gênero, renda, raça, o acesso aos alimentos, a infraestrutura básica para cozinhar e a disponibilidade de tempo (IBGE, 2021; Brasil, 2022; Oliveira; Castro, 2022; DIEESE, 2024). Reafirmamos, neste contexto, que a valorização da culinária doméstica pode ser sim exercício de autocuidado, promoção de alimentação saudável e autonomia, no entanto, precisamos contextualizar as escolhas individuais à realidade coletiva e às desigualdades que se expressam como determinantes sociais no bojo da alimentação e nutrição. Destacando ainda, que se tratando de comunidades tradicionais, a perspectiva do cuidado a partir da comida se insere na possibilidade de expressar sua cultura alimentar e perpassa a garantia de roça/quintais produtivos para o cultivo e colheita.

### **Tecendo as ações de Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde a partir das cozinhas**

A Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2022) nos apresenta reflexões e orientações para apoiar: os profissionais na assistência; os gestores na estruturação dos serviços; os processos de trabalho; as abordagens das práticas de cuidado; e as recomendações que consideram as singularidades e especificidades das pessoas acompanhadas pela APS (Brasil,

2022). Nesse sentido, a Educação Alimentar e Nutricional se apresenta com forte potencial para o desenvolvimento de ações na APS que visem o agir crítico sobre a questão alimentar nos territórios e que possam ser promotoras do autocuidado, da autonomia e da culinária como prática emancipatória a partir da valorização da cultura alimentar local (Brasil, 2012).

Para o desenvolvimento das ações de EAN na APS é essencial que a construção das ações seja realizada sob a ótica da educação popular (Brasil, 2012), portanto, feita junto a comunidade, extramuros, rompendo a barreira de práticas descontextualizadas e que não dialoguem com o modo de vida do território (Freire, 1987). Desta forma, as técnicas educativas na APS para além de efetivas, precisam ser ativas, considerando os sujeitos, seu território e suas vivências. É necessário que as ações sejam pautadas: no reconhecimento das diferentes formas de saberes e práticas; na valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar; nas necessidades dos indivíduos e coletividades; e no vínculo e monitoramento das ações desenvolvidas (Brasil, 2012; 2022).

Algumas experiências de EAN afrrerreferenciadas vividas em escolas quilombolas são sugestões de caminhos possíveis para a realidade da APS. A potência da atividade educativa conectada à realidade dos estudantes quilombolas (Costa *et al.*, 2021), expõe que mudanças alimentares consistentes necessitam de um processo participativo e coletivo. A partir das comidas preparadas nas cozinhas domésticas das famílias dos estudantes da escola e reflexões sobre saudabilidade, permitiu que as preparações familiares fossem incorporadas no cardápio ofertado pela alimentação escolar (Lisboa *et al.*, 2021).

Na realidade das comunidades quilombolas, por exemplo, é fundamental elaborar o cardápio ou sugerir refeições com os usuários dos serviços de saúde a partir da produção em quintais, da comida local, das histórias alimentares e da valorização da culinária doméstica. Essa abordagem está alinhada ao Guia Alimentar para a População Brasileira e representa uma importante via de cuidado e promoção da alimentação adequada e saudável sob a perspectiva biopsicossocial, além de considerar a cosmopercepção afrodiáspórica baseada na biointeração – conceito abordado na seção 2. Nesse sentido, podemos acessar como material de inspiração os livros *A cozinha dos quilombos: saberes territórios e memórias* (2016); *Temperos de quilombos na escola: experiências de extensão do projeto CulinAfro* (UFRJ) (2021); *Memórias e receitas das cozinhas dos Quilombos* (2023) – dentre outros documentos referências que podem ser base para o planejamento de sugestões alimentares que dialoguem com as ancestralidades. E, sobretudo, no escopo da APS, fazer uso do acolhimento, vínculo e da escuta ativa a fim de ouvir quais são as preparações culinárias tradicionais imbuídas da história de um indivíduo ou coletividade.

A EAN, nesse contexto, é importante ferramenta que apoia o autocuidado e a autonomia desses sujeitos. Essa quebra de paradigma é fundamental, uma vez que tradicionalmente a linguagem biomédica é colocada como soberana (Pinheiro, Mattos, 2009) em detrimento das práticas tradicionais e saberes ancestrais. Essa perspectiva pautada na biomedicina exclusivamente, inclusive, corrobora as narrativas que reforçam que a comida de comunidades quilombolas são: *não saudáveis, pesadas ou gordurosas*.

No entanto, ao relacionar o que de fato é tradicionalmente ingerido nessas comunidades a documentos mais robustos no campo da alimentação e nutrição, essa premissa estigmatizada é desfeita (Lima *et al.*, 2021). Exemplos desses documentos incluem o Guia Alimentar para a População Brasileira, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, e a própria Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Desenvolver a EAN na APS pode ser desafiador, pois envolve concomitantemente atos de ouvir, informar, orientar, educar, mas também é potente em construir juntos caminhos capazes de ter a alimentação como autocuidado, autonomia e emancipação. Para além dessas perspectivas, as estratégias de EAN podem compor iniciativas de promoção do agir crítico sobre alimentação e nutrição no território, em especial a partir da metodologia da educação popular em saúde, e podem desencadear estratégias locais e processos de articulação, de luta e de mobilização para a conquista do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2022).

## **Considerações finais**

Apresentamos com esse capítulo reflexões sobre lugares que a cozinha pode ocupar na perspectiva do cuidado. Nesse sentido, destacamos a importância de considerar o Saber da Experiência para o delineamento de ações de Educação Alimentar e Nutricional que se propõem a apoiar práticas alimentares

que visam a autonomia, o autocuidado e emancipação por meio da valorização das preparações culinárias, sob a ótica da Educação Popular em Saúde. Evidenciamos, assim, as práticas afroancestrais de cuidado em saúde e alimentação que vão da terra até efetivamente o preparo e o consumo dos alimentos.

A linha que conduz a comida do solo ao prato no sistema capitalista é atravessada desde o acesso à comida à estrutura necessária para cozinhar. As desigualdades sociais são exacerbadas na população negra e nos povos tradicionais quilombolas pelo acesso limitado à renda, pela impossibilidade de desenvolvimento de quintais produtivos – pela não garantia de terra de plantio – além da desvalorização de suas práticas alimentares como não saudáveis, impacta negativamente a alimentação e, portanto, a saúde dessas populações.

Por isso, é necessário considerar que a valorização das vivências das cozinhas articuladas às ações de EAN possuem grande potencial de dialogar com as comunidades, sobretudo àquelas que por anos foram invisibilizadas apresentadas aqui – negras e quilombolas. No entanto, para compreender a complexidade das relações que se entrelaçam nos fazeres culinários e evitar a armadilha do discurso que reduz a alimentação a uma forma de (auto)cuidado restrita às escolhas individuais, é urgente destacar as diversas facetas que envolvem a cozinha, indo além de seu aspecto como mero espaço físico.

## Referências

ALVES, H. J. et al. Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.

21, e0220921, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GLtJdvHmbsyKRNPRZsQLq6j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2024.

AS-PTA. Catálogo Produtos da Gente: Agricultura Urbana, Alimentos Saudáveis e Produtos da Sociobiodiversidade na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 2023. Disponível em: <https://aspta.org.br/2023/06/21/catalogo-produtos-da-gente-agricultura-urbana-alimentos-saudaveis-e-produtos-da-sociobiodiversidade-na-regiao-metropolitana-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

BARANSKI, M. et al. Higher antioxidant and lower cadmium concentrations and lower incidence of pesticide residues in organically grown crops: a systematic literature review and meta-analyses. **British Journal of Nutrition**, v. 112, n. 5, p. 794-811, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0007114514001366>. Acesso em: 26 mai. 2024.

BONDIA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, v. Jan/Fev/Mar/Abr, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxX/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2024.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 91 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional com foco na desnutrição (Mapa InSAN) a partir da análise do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - Primeira parte**. Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome, 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. 1.

ed. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: [http://www.ser.puc-rio.br/2\\_COLLINS.pdf](http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf). Acesso em: 07 mai. 2024.

COSTA, R. R. S.; FONSECA, A. B.; FONTES, R. A. B. “Não é uma associação para cuidar das terras, mas para cuidar das pessoas”: A organização social quilombola sob as lentes da educação crítica. **Revista Humanidades e Inovação**, Tocantins, v. 4, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/398>. Acesso em: 22 mai. 2024.

COSTA, R. R. S.; CASTRO, M. L. L.; FONSECA, A. B. (org.). **Tempero de quilombo na escola**: experiências de extensão do projeto CulinAfro (UFRJ-Macaé). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto NUTES de Educação em Ciência e Saúde, 2021.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Custo da cesta aumenta em todas as cidades do Norte e Nordeste*. Notas à imprensa. São Paulo, mai. 2024. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2024/202404cestabasica.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 256 p.

GOMES, P. *et al.* **Patrimônio etnobotânico do Quilombo Dona Bilina: conhecer, usar e preservar**. 1. ed. Rio de Janeiro: AS-PTA Agricultura Familiar e Agroecologia, 2023. Disponível em: <https://aspta.org.br/files/2023/06/Um-olhar-agroecol%C3%B3gico-e-quilombola-para-a-conserva%C3%A7%C3%A3o-ambiental.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2024.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

SILVA, M. T.; SOLDATI, G. T.; DALLAGNOL, A. H. (org.). **Nossos conhecimentos sobre a sociobiodiversidade**: salvaguardando uma herança ancestral. 2020. Disponível em: <https://www.terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/Cartilha-Sociobiodiversidade-web%281%29.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de gênero**: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2. ed. n. 38. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf). Acesso em: 12 mai. 2024.

LISBÔA, C.; COSTA, R.; ALMEIDA, D. Panela, lápis e colher de pau: a cozinha doméstica quilombola alimenta a sala de aula. In: COSTA, R. R. S.; CASTRO, M. L. L.; FONSECA, A. B. (org.). **Tempero de quilombo na escola: experiências de extensão do projeto CulinAfro (UFRJ-Macaé)**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto NUTES de Educação em Ciência e Saúde, 2021.

LIMA, D. S. do N.; COSTA, R. R. da S.; RIZZO, T. Culinária, histórias e educação popular: aprendendo das cozinheiras negras macaenses. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 20, n. 3, p. 252–274, 2021. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/60445>. Acesso em: 25 mai. 2024.

MAMIRAUÁ, I. D. S. **Frutas da floresta**: o poder nutricional da biodiversidade amazônica. Tefé: Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, 2024. 106 p.

MACHADO, T. S. “**Um pé na cozinha**”: uma análise sócio-histórica do trabalho de cozinheiras negras no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília. Brasília, 2021.

MILLS, S. *et al.* Health and social determinants and outcomes of home cooking: a systematic review of observational studies. **Appetite**, n. 111, 2017, p. 116-134.

MENDES, M. A. “Saindo do quarto escuro”: violência doméstica e a luta comunitária de mulheres quilombolas em Conceição das Crioulas. In: DEALDINA, S. S. **Mulheres quilombolas territórios de existências negras femininas**. São Paulo: Sueli Carneiro: Jandaíra, 2020.

MIE, A. *et al.* Human health implications of organic food and organic agriculture: a comprehensive review. **Environmental Health**, v. 16, n. 1, 111, 2017. Disponível em: <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12940-017-0315-4>. Acesso em: 26 mai. 2024.

OLIVEIRA, M. F. B.; CASTRO, I. R. R. Autonomia culinária: um modelo conceitual multinível de culinária doméstica saudável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yGCRBBcKMsh39nHc8yMQtrJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2024.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. 180 p. ISBN 85-89737-34-9.

ROCHA, F. R. F. Quintais produtivos e horta escolar: conservação ambiental, segurança alimentar e educação para saúde em Mossoró (RN). 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Naturais) – Faculdade de Ciências Exatas e Naturais, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró. Disponível em: [https://www.uern.br/controladepaginas/mestrado-dissertacoes-defendidas/arquivos/2212fernanda\\_rizia.pdf](https://www.uern.br/controladepaginas/mestrado-dissertacoes-defendidas/arquivos/2212fernanda_rizia.pdf). Acesso em: 31 mai. 2024.

SANTOS, A. B. **A Terra dá, a Terra Quer**. São Paulo: Editora UBU, 2023.

SANTOS, A. B. **Somos da terra**. Editora: Piseagrama, 2015. Disponível em: <https://piseagrama.org/artigos/somos-da-terra/>. Acesso em: 26 mai. 2024.

SANTOS, V. P. Quilombo Pau D'arco e Parateca: quando as vozes negras se (re)envolvem na construção de caminhos para a participação coletiva. In: DEALDINA, S. S. **Mulheres Quilombolas territórios de existências negras femininas**. São Paulo: Sueli Carneiro: Jandaíra, 2020.

USP. Universidade de São Paulo. “Guia Alimentar para a População Brasileira” produzido na USP completa 10 anos. **Jornal da USP**, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira-produzido-na-usp-completa-10-anos/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

VIGISAN II. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: relatório final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, Rede PENSSAN, 2022. (Análise; 1). PDF ISBN 978-65-87504-50-6. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2024.



# Capítulo 14

## DIÁLOGOS ENTRE A AGROECOLOGIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: (SUS)TENTANDO RELAÇÕES DE SOLIDARIEDADE PARA MUDANÇAS NECESSÁRIAS

Clarice Miranda  
Frederico Peres  
André Burigo  
Juliana Casemiro

### Pressupostos e caminhos reflexivos

A escolha, no fim das contas, cabe a nós. Se, depois de muito suportar, nós afirmamos, finalmente o nosso “direito de saber”, e se, sabendo, concluímos que estamos sendo chamados a assumir riscos sem sentido e assustadores [...] (Rachel Carson, 2010, p. 233).

A escolha do tema agroecologia para compor um dos capítulos deste livro parte da identificação, por suas organizadoras, de um número significativo de experiências apresentadas ao Laboratório de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS-APS) que utilizaram alimentos agroecológicos em oficinas culinárias e/ou a criação de hortas comunitárias em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O que isso

diz sobre o contexto atual da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS)? Em primeiro lugar aponta que as hortas e iniciativas agroecológicas foram consideradas inovadoras por parte dos autores de experiências, criando oportunidade para incorporar princípios e práticas agroecológicas às ações na APS. Reforçam, assim, o papel estratégico do LIS-APS como espaço de articulação e divulgação de saberes e práticas inovadoras – ou não tradicionais.

A construção e manutenção de hortas dentro de UBS ou em territórios de atuação da APS têm se tornado mais frequentes, promovendo espaços frutíferos de qualidade de vida e saúde em contextos urbanos e rurais (Ribeiro, *et al.*, 2015). Estes espaços permitem a articulação de diferentes saberes e aliam-se a princípios de diferentes políticas de saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Constituem-se, ainda, ambientes estratégicos para o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais (Porto *et al.*, 2011), impulsionando diálogos entre distintos equipamentos públicos presentes no território e que se articulam com outras políticas públicas nacionais, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO).

O recente lançamento de um edital do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) para o mapeamento das experiências de agricultura

urbana e periurbana nos serviços de saúde e assistência social (Brasil, 2024) exemplifica a crescente relevância que esses temas vêm ganhando na agenda pública. Outro exemplo é a publicação do relatório Tecendo Redes de Experiências em Saúde e Agroecologia: Resultados e Reflexões a partir da Sistematização de Iniciativas Construídas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Soares; Búrigo; Souza, 2022).

Embora a importância da agroecologia para a saúde já tenha sido destacada desde a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), essas iniciativas podem enfrentar limitações devido à escassez de recursos destinados às ações de promoção da saúde. Essas ações frequentemente competem por prioridade com uma lógica de cuidado centrada em indicadores de produtividade, que nem sempre contemplam uma abordagem participativa e territorializada da saúde, fora dos consultórios, onde a vida de fato acontece (Teston *et al.*, 2023).

O contexto nunca foi tão contraditório e desafiador. Reconhece-se que a má alimentação é responsável pela maior carga global de doenças e no Brasil – mais que em outros países – e o sistema agroalimentar hegemônico representa força motriz destacada no processo de determinação do processo saúde e doença das pessoas e do planeta. Em um país que enfrenta simultaneamente epidemias de insegurança alimentar, desmatamentos e queimadas, perda de biodiversidade, violação dos direitos humanos dos povos originários e daqueles que vivem nas periferias, e no contexto de retomada de um conjunto de políticas públicas com a missão de enfrentar esse cenário (Alpino; Moraes; Brito, 2023, p. 86), qual é o papel do SUS? O Sistema

Único de Saúde representa a política social de maior capilaridade no acesso à população, estando presente nos territórios, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). O presente capítulo objetiva discutir algumas oportunidades e a relevância da articulação entre a agroecologia e a APS a partir das práticas mapeadas pelo LIS-APS. Para tanto, parte de dois pressupostos. O primeiro está relacionado às potencialidades que a vivência de princípios e práticas agroecológicas, no âmbito da APS, pode produzir de saúde para usuários e trabalhadores/as e para programas e estruturação dos serviços.

As experiências relatadas de diferentes campos de prática, no país, apontam para uma oportunidade estratégica de se avançar no desenvolvimento de habilidades e competências para um melhor cuidado individual e coletivo e ainda contribuir para a promoção da literacia em saúde, definido como conjunto de habilidades e competências que cada indivíduo possui para buscar compreender, avaliar e dar sentido às informações sobre saúde.

O segundo pressuposto está relacionado aos desafios e oportunidades de garantir, no orçamento do setor Saúde, dentro do escopo de programas e serviços da APS, estratégias que abordem e enfrentem os efeitos da inter-relação entre as epidemias de obesidade e desnutrição no contexto das mudanças climáticas. Esse é um problema complexo e multifacetado, que tem sido abordado, no âmbito teórico, por meio do conceito de Sindemia Global de Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas (Swinburn *et al.*, 2019). Adota-se aqui a perspectiva do SUSstentar (apoio/sustento + sustentabilidade + SUS) como marco orientador, considerando que a ideia dos Laboratórios

de Inovação carrega em si uma intencionalidade e propósito voltados para a identificação e apresentação de iniciativas que possam inspirar novas experiências. Esses laboratórios criam oportunidades para novos aprendizados e para o aprimoramento de programas e serviços de saúde.

### **Alimentação adequada e saudável: convergindo direitos**

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é um princípio universal, presente em diversos marcos legais internacionais, que reconhece como direito fundamental de todos os indivíduos terem acesso a uma alimentação adequada e estarem livre de fome (ONU, 1948). No Brasil, a alimentação é um direito constitucional desde 2010, a partir da promulgação da Emenda Constitucional n.º 64 (Brasil, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, um dos mais importantes marcos civilizatórios conquistados no processo de redemocratização do país, por sua grandeza e estrutura é, sem sombra de dúvida, um espaço estratégico para a garantia do DHAA, seja por sua bem sucedida territorialização ou pela pujante força de trabalho que o integra (Botelho; França, 2018).

Na sua estrutura organizacional, a APS, em especial a Estratégia de Saúde da Família, se destaca como um locus privilegiado para ações e programas voltados à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Essas estruturas são responsáveis pelo cuidado direto das famílias em seus territórios, permitindo a promoção de condições adequadas para a vigilância alimentar e nutricional de indivíduos e

grupos populacionais (Brasil, 2022). Apesar de figurar como um direito constitucional e contar com a estrutura grandiosa do SUS para sua efetivação, o DHAA ainda está distante da realidade da maioria da população brasileira. Segundo módulo Segurança Alimentar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua, no final de 2023, 21,6 milhões de domicílios brasileiros (27,6%) eram afetados por algum grau de insegurança alimentar sendo que 3,2 milhões de domicílios (4,1%) na sua forma mais grave, ou seja, estavam em situação de fome (IBGE, 2024).

Essa situação tem raízes na histórica desigualdade que marca o processo de desenvolvimento econômico do país e, mais recentemente, foi agravada pelas mudanças climáticas e pelas sequelas deixadas pela Pandemia de covid-19. Embora esses fatores afetem o planeta como um todo, eles impactam de forma mais intensa e desproporcional as nações e grupos populacionais mais vulnerabilizados (Brandão; Casemiro; Peres, 2023). Nesse contexto de “crise de crises”, é muito fácil se render ao imobilismo, partindo da constatação que a superação do problema requer ações sistêmicas e coordenadas que, dificilmente, se consegue no marco de programas ou iniciativas do domínio de uma equipe, ou unidade de saúde. Porém, ao mesmo tempo em que se configuram como desafios complexos, multifacetados, as diferentes crises que se articulam e retroalimentam, impactando fortemente à capacidade de garantir o DHAA para uma grande parcela da população, podem em muito se beneficiar de experiências positivas, voltadas para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), independente de sua escala ou abrangência.

Entre as diversas experiências exitosas, realizadas no país, para a promoção da SAN junto aos indivíduos e grupos da população, está a elaboração (e atualização) do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (Brasil, 2014). Este documento orienta a população e os profissionais de saúde sobre caminhos possíveis para uma alimentação adequada e saudável, posicionando-se de maneira inovadora e progressista ao afirmar que, para promover saúde através da alimentação, é necessário, primeiramente, repensar o sistema agroalimentar. Em particular, destaca-se a necessidade de questionar o modelo hegemônico, químico-dependente, que prioriza a produtividade em detrimento da sustentabilidade. Com recomendações-chave que incluem a priorização da comida de verdade, sem veneno e trazendo um alerta sobre o perigo do consumo de alimentos ultraprocessados, o guia vem prestando, desde 2014, papel estratégico para a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis e sustentáveis, servindo, inclusive, de referência para outros países, como Uruguai, México, Equador e Peru (Nupens, 2024).

O GAPB representa uma das mais importantes manifestações do Ministério da Saúde e de uma política pública do SUS, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Nele, a transição de sistemas agroalimentares para sistemas agroecológicos e o acesso a alimentos orgânicos são reconhecidos como condições essenciais para garantir a alimentação saudável. Em outras palavras, o GAPB é uma das principais referências que justificam a importância do SUS na promoção e avanço da agroecologia.

Outro exemplo importante é a aproximação, especialmente a partir dos anos 2000, entre os saberes e práticas dos campos da

Agroecologia e da Saúde. Essa convergência ocorreu, sobretudo, por meio do trabalho coordenado entre pesquisadores, atores da prática e lideranças comunitárias vinculadas a organizações e instituições como a Articulação Nacional de Agroecologia (ANA), a Associação Brasileira de Agroecologia (ABA-Agroecologia), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras.

Esses atores têm contribuído para a construção de saberes sobre Agroecologia e Saúde, promovendo a organização conjunta de eventos, como o XII Congresso Brasileiro de Agroecologia, realizado em outubro de 2023 no Rio de Janeiro. Além disso, publicações (Burigo *et al.*, 2019) e a inclusão do tema em diversos fóruns e audiências públicas, tanto no âmbito governamental quanto na sociedade civil organizada, têm ampliado o debate e a importância dessas questões.

A oportunidade que se apresenta, identificada no contexto das experiências mapeadas pelo LIS-APS, é a possibilidade concreta de articulação entre saberes e práticas dos campos da Agroecologia e da Saúde, com o objetivo de promover a segurança e soberania alimentar e nutricional, como estratégia para garantir o DHAA. Mais que um avanço técnico e acadêmico sobre a temática, os esforços em torno desses espaços de aproximação devem convergir para a promoção de práticas de cuidado em saúde no âmbito da APS, sustentadas pelos princípios da agroecologia. Isso permitirá que indivíduos e grupos, usuários dos serviços e programas do SUS, conheçam e vivenciem uma alimentação adequada, resultante de sistemas alimentares justos e sustentáveis.

Partindo-se dessa premissa, coloca-se a necessidade de conhecer e interpretar as potencialidades que estão circunscritas às iniciativas de criação e manutenção de hortas em UBS. E que nos leva à pergunta orientadora problematizadora que dá título ao próximo bloco de discussões.

### **O que as experiências agroecológicas em territórios da APS sustentam?**

As experiências em saúde e agroecologia podem reunir um repertório amplo de iniciativas protagonizadas a partir de grupos distintos – tais como povos e comunidades tradicionais, movimentos sociais, coletivos, grupos de pesquisa, instituições, organizações não governamentais – que se conectam às práticas populares e tradicionais de cuidado em saúde. Experiências e práticas se interconectam e emergem dos territórios “combinando fazeres, dizeres e afetos e são desenvolvidas em meios ecológicos, sociais e políticos” (Soares; Búrigo; Souza, 2022, p. 29).

Assume-se, como pressuposto, que as experiências agroecológicas na APS são capazes de propor reflexões alinhadas aos princípios fundamentais do SUS: equidade, integralidade e universalidade. Em um contexto de disputa pela definição de prioridade na utilização de recursos, que impacta na perspectiva de cuidado colocado (ou não) em prática, este tipo de iniciativa pode se aliar a defesa, revitalização e o replantio desses princípios. Abre-se, portanto, uma possibilidade de vivenciar o conceito ampliado de saúde, enquanto se valoriza a diversidade dos saberes, das terras e dos territórios e de suas gentes. Nesse sentido, implementar uma

horta em uma UBS, mesmo demandando aporte de recursos, planejamento e envolvimento da comunidade, produz benefícios significativos que justificam o investimento, de tempo e de recursos.

As experiências agroecológicas na saúde têm o potencial de se constituir como ferramentas pedagógicas valiosas, contribuindo para as práticas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), para a promoção da saúde, para a tomada de consciência ambiental e a integração comunitária. Ao implementar e manter hortas, a APS pode oferecer benefícios duradouros para a saúde física e mental da comunidade, além de promover debates e aprendizados práticos e interdisciplinares (Burigo *et al.*, 2019). E, dessa maneira, proporcionar espaços de aprendizagem em uma perspectiva problematizadora e emancipatória, aproximando as práticas ali construídas da concepção educacional defendida pelo educador Paulo Freire e, no campo da saúde, praticada nos marcos da chamada Educação Popular em Saúde.

A Educação Popular em Saúde, tal qual considerada na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) traz, dentre seus objetivos principais, a promoção do diálogo e troca dos saberes populares e técnico-científicos para o cuidado (Brasil, 2013). Muitas das experiências agroecológicas, mapeadas pelo LIS-APS nos territórios, demonstraram como é possível fazer educação em saúde para além das abordagens individualizadas, normativas e culpabilizadoras, propondo a promoção de ações em saúde baseadas na solidariedade e na problematização crítica-coletiva dos problemas. A presença de hortas nos territórios, muitas vezes atravessados por múltiplas vulnerabilidades, tem a capacidade

de promover um olhar crítico e reflexões dos sujeitos frente às iniquidades em saúde, como a dificuldade no acesso à água potável, coleta de lixo, saneamento básico, arborização. Ao planejar uma horta, é preciso antes ampliar os olhares para as possibilidades de sua manutenção e, com isso, as questões de acesso aos direitos básicos se tornam centrais e urgentes (Pinto, 2017).

As experiências mapeadas evidenciaram possibilidades pedagógicas voltadas a diferentes grupos populacionais. Um exemplo é a educação em saúde com crianças nas escolas dos territórios, além da atuação em grupos de saúde com temáticas relacionadas ao bem-estar e à saúde mental, sempre valorizando as multiculturas. Outra iniciativa importante foi o uso da EAN, com uma abordagem problematizadora, direcionada para pessoas que convivem com doenças crônicas não transmissíveis, onde a alimentação saudável é um dos pilares centrais do cuidado.

A criação e o fortalecimento de hortas também trouxeram importantes avanços. Em diversos territórios, observou-se o aumento do uso de plantas medicinais e a criação de espaços para o cuidado da saúde mental, o que resultou na redução do uso de medicamentos. Além disso, foram fomentados debates sobre temas essenciais, como o direito à alimentação, o acesso à terra e a soberania alimentar. Esses aspectos refletem práticas de cuidado que ultrapassam a concepção tradicional e medicalizada de saúde.

Um ponto comum identificado entre as experiências mapeadas é o reconhecimento das hortas como espaços capazes de operar, na prática, o conceito de saúde. Seja na socialização, no ato de cozinhar, plantar, no resgate de memórias culturais, culinárias, de território e na promoção da saúde mental, essas

experiências vêm reforçando que usuários do SUS demandam um papel mais ativo nas estratégias de cuidado de sua saúde, mais atividades fora dos consultórios e maior aproximação aos trabalhadores da saúde, referenciados e vinculados a esses territórios, fora dos tradicionais ambientes ambulatoriais – e, porque não dizer, com pés e mãos na terra!

Entendendo que existem indivíduos e grupos historicamente vulnerabilizados, e que hortas podem servir como espaços de reflexão sobre os processos de determinação socioambiental e política, esses ambientes têm o potencial de materializar uma rede de solidariedade, engajada e política, com a participação ativa do Estado na garantia de direitos fundamentais. Identifica-se, assim, o potencial político de engajamento e articulação entre usuários e profissionais, em defesa do direito à saúde e à alimentação, em espaços que abordem a questão da fome, a interseccionalidade das questões ambientais, considerando o racismo estrutural e a equidade para a garantia desses direitos.

Isso envolve atuar de maneira territorializada, apoiando iniciativas locais, fortalecendo a agricultura familiar ou urbana e promovendo a implementação de políticas que garantam uma alimentação adequada para todos, considerando aspectos culturais, ambientais e de sustentabilidade (Botelho; França, 2018). Um exemplo dessa abordagem é o incentivo a espaços que integram agroecologia e cuidado em saúde, como as hortas comunitárias.

Cabe destacar que, ainda que as hortas UBS sejam reconhecidas como espaços de cuidado, e que as hortas agroecológicas representem uma forma de ampliação do escopo desse cuidado, orientado por um conceito ampliado de saúde,

existe um denominador comum, evidenciado ao analisarmos as experiências apresentadas: o limitado incentivo a estas iniciativas, tanto do ponto de vista financeiro como organizativo.

Por vezes, estes espaços são mantidos apenas pelos esforços coletivos de trabalhadores e usuários, uma vez que não encontram espaço no orçamento formal das unidades e dos programas de saúde. Nessa perspectiva, cabe, aqui, uma segunda pergunta problematizadora que dá título à seção seguinte.

### **Como se sustenta uma experiência agroecológica em territórios da APS?**

A Pandemia de covid-19 evidenciou que a histórica desigualdade, marca dos processos de desenvolvimento, no Brasil e na América Latina, resultou em um impacto desproporcionalmente negativo sobre os grupos tradicionalmente vulnerabilizados da população. Também afetou, de maneira desigual, os diferentes territórios, dentro de cada país e entre as sub-regiões latino-americanas, provocando o aprofundamento de crises sociais, econômicas, de acesso à terra e garantia de direitos fundamentais (Brandão; Casemiro; Peres, 2023).

Ao mesmo tempo, exigiu um aprofundamento da solidariedade como forma de enfrentar diversos problemas, incluindo a fome e a insegurança alimentar, assim como demandou políticas e ações visando a garantia dos direitos fundamentais aos mais diversos grupos da população (Fiocruz, 2023). E, nesse contexto, as experiências agroecológicas desempenharam importante papel, contribuindo, entre outros aspectos, para o

acesso à alimentação por parte de uma importante parcela da população em situação de vulnerabilidade (Niemeyer; Silveira, 2022; Alves *et al.*, 2022; Machado *et al.*, 2022).

As crises simultâneas que assolam as populações em diversas partes do mundo têm convocado a refletir e tomar partido diante da necessidade de promover sistemas alimentares mais justos, saudáveis e sustentáveis (Lizarraga; Pereira-Filho, 2024). É relevante reconhecer o papel de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, no entanto, cabe apontar a responsabilidade do Estado diante das sucessivas situações de violação de direitos humanos fundamentais como saúde, alimentação, segurança, moradia, trabalho digno, terra e territórios.

Os novos desafios demandam um investimento intersetorial e efetivamente relacionado à promoção de qualidade de vida e bem viver. Este ponto de vista faz refletir sobre em que medida há possibilidade de contemplar tais aspectos na gestão e financiamento do SUS para que, de fato, se sustente a ideia de saúde integral, universal e equânime tratada em sua legislação.

As interfaces entre a insegurança alimentar e a crise climática são diversas, imbricadas e, cada vez mais, se posicionam na centralidade dos debates e dos desafios para a saúde pública, especialmente por produzirem impactos mais evidentes em países e regiões onde as desigualdades históricas e estruturais são mais evidentes, como na América Latina. Uma complexa situação que pode ser melhor compreendida por meio do conceito de sindemia, que se refere à interação entre múltiplas pandemias que afetam uma população, ao mesmo tempo e no mesmo local, alimentando-se, agravando-se e criando um cenário desafiador

para os serviços, programas e sistemas de saúde nos níveis local, regional e/ou global (Brandão; Casemiro; Peres, 2023).

Assim, o reconhecimento da complexidade da agenda de saúde, alimentação e nutrição ganha contornos graves e indiscutíveis diante da sindemia global de obesidade e desnutrição, no marco das mudanças climáticas. Este conceito nos chama atenção ao efeito sinérgico das distintas epidemias que coexistem no tempo e lugar, interagem entre si para produzir sequelas complexas e compartilham fatores sociais fundamentais comuns (Swinburn *et al.*, 2019).

Cabe destacar que estamos diante de questões que impactam de forma desigual diferentes grupos e regiões, segundo suas vulnerabilidades, representando um desafio importante global, sobretudo para aqueles países e regiões vinculados a grandes desigualdades produzidas em contextos históricos coloniais, como na maioria dos países latino-americanos (Brandão; Casemiro; Peres, 2023).

É fundamental registrar que a garantia do DHAA é inseparável do desafio de defesa de sistemas alimentares justos, equitativos, saudáveis e sustentáveis. No ano de 2024, as Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar nacional (FAO, 2004) completam 20 anos. As diretrizes são tidas como primeira iniciativa dos governos de interpretar a alimentação como direito econômico, social e cultural, recomendando ações para a realização progressiva do direito à alimentação. Elas sintetizaram debates, desejos e necessidades que começam a ser construídos na década de

1990. Que esforços efetivamente foram exitosos no sentido de garantir que cada criança e cada pessoa tenha esse direito cotidianamente garantido?

Parte desses esforços estão registrados nas metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e dos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) cuja meta 2 é “Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável”. Segundo o Relatório Luz: Avaliação sobre o ano de 2022, 102 metas (60,35%) estavam em situação de retrocesso, 14 (8,28%) ameaçadas, 16 (9,46%) estagnadas em relação ao período anterior no Brasil.

Promover práticas alimentares saudáveis, sustentáveis e culturalmente adequadas é fundamental para enfrentar os desafios circunscritos ao conceito de sindemia global e garantir a saúde e o bem-estar da população. Especialmente em territórios vulnerabilizados, é essencial que a gestão em saúde valorize experiências que transcendam as orientações e abordagens neoliberais, que podem reforçar a ideia de “gestão de si” (Dardot; Laval, 2016). Essas abordagens podem intensificar a violência e o sofrimento das pessoas ao não problematizarem questões estruturais, como as inerentes a um sistema agroalimentar hegemônico, que contribui para a insegurança alimentar e as emergências climáticas. Pensar desdobramentos e continuidades de experiências que promovam estas práticas constitui-se em necessidade estratégica sobretudo em um contexto de evidente necessidade de criação de alternativas ao contexto de crises e a necessidade de pensar as responsabilidades dos diferentes setores ao seu enfrentamento. O que nos leva a considerar a criação e

manutenção de hortas agroecológicas em UBS como uma ação estratégica, também, para a superação das desigualdades nos diferentes territórios atendidos pelo SUS.

O desafio que se coloca, aqui, é pensar que estratégias são possíveis para a formalização e a sustentabilidade das hortas agroecológicas – entendidas como espaços de produção de saberes e de cuidado – dentro da estrutura do setor de Saúde – suas unidades, aparelhos, programas, serviços e orçamento. Além da concorrência com outras ações estratégicas em um orçamento cada vez mais limitado, é necessário demonstrar de forma clara e inequívoca as potencialidades que as hortas agroecológicas nas UBS representam para a melhoria do cuidado e o desenvolvimento de habilidades e competências dos usuários dessas unidades. Isso permitirá que eles tomem decisões mais informadas sobre sua saúde e a saúde de suas famílias ou comunidades. Esse contexto, por sua vez, nos leva a refletir sobre estratégias para promover a literacia em saúde desses indivíduos e grupos populacionais.

### **Um espaço estratégico para o desenvolvimento da literacia em saúde**

O conceito de literacia em saúde, inicialmente cunhado e desenvolvido em língua inglesa (*health literacy*), está relacionado a um amplo e diverso conjunto de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando o cuidado de sua própria saúde, da sua família ou comunidade (Peres *et al.*, 2021). Diversos estudos, realizados ao redor do planeta desde o final da

década de 1990, evidenciam que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a maiores taxas de hospitalização e utilização de serviços de emergência, a limitações para o autocuidado de doenças e condições crônicas, a uma menor adesão ao tratamento medicamentoso e, de forma geral, a piores resultados de saúde (Peres, 2024). Nos últimos anos, porém, este conceito passou a ser utilizado para delimitar uma gama mais ampla de habilidades e competências que influenciam o processo de significação de informações sobre saúde e, como consequência, interferem nos determinantes sociais da saúde.

A perspectiva ampliada da literacia em saúde – que se diferencia dos conceitos de letramento ou alfabetização em saúde, ainda amplamente utilizados no Brasil e em grande parte dos países da América Latina (PERES, 2023) – exige análises que vão além das capacidades individuais e cognitivas dos sujeitos. Ela reposiciona o olhar sobre os espaços de práticas sociais e culturais, constituídos pela interação entre indivíduos, seus grupos sociais e as instituições presentes, incluindo os sistemas de saúde.

Sob essa ótica, a literacia em saúde é vista como um fenômeno social, resultado das novas e crescentes exigências de compreensão e uso de informações sobre saúde na vida cotidiana. Portanto, torna-se essencial para o acesso e a utilização de serviços, programas e sistemas de saúde, além de ser crucial para o aumento da autonomia no cuidado à saúde.

A partir dessa consideração, e com base no que foi previamente exposto, as hortas agroecológicas localizadas em UBS possuem um grande potencial para se consolidarem como espaços estratégicos no desenvolvimento da literacia em saúde,

tanto individual quanto coletivamente. Esse potencial pode ser analisado em três dimensões distintas, conforme delineado por Peres (2024): a individual, a coletiva e a organizacional.

No contexto individual, e como foi possível observar nas experiências mapeadas, as hortas agroecológicas localizadas em UBS facilitam o desenvolvimento de ações educativas em sua perspectiva crítica-emancipadora. Dessa forma, contribuem para que os indivíduos possam exercitar uma postura crítica e ampla sobre o cuidado à saúde, favorecendo a tomada de decisões e ações consubstanciadas por informações compreensíveis, críveis e identificadas, por estes indivíduos, como úteis no processo de significação.

A prática educativa crítico-emancipadora, especialmente quando realizada em comunidade, como ocorre na construção de saberes nos espaços das hortas, contribui significativamente para a autonomia e o empoderamento do indivíduo. Isso se dá por meio do desenvolvimento de habilidades e competências voltadas ao cuidado com sua saúde e a de sua família, promovendo, assim, o fortalecimento da literacia em saúde.

No que diz respeito ao contexto coletivo, ao promoverem condições para uma maior participação dos indivíduos nos espaços comunitários, onde as questões de saúde são debatidas e decididas, as hortas localizadas em UBS contribuem não apenas para a garantia de direitos fundamentais – à saúde e à alimentação adequada – como também para a melhoria dos serviços e programas oferecidos à comunidade. Estas estratégias se aproximam daquilo que Nutbeam (2000) definiu como “nível interativo da literacia em saúde”, no qual as habilidades pessoais/individuais são trabalhadas e desenvolvidas em um

ambiente de apoio. Segundo o autor, essa abordagem permite que os conhecimentos compartilhados em comunidade sejam direcionados para melhorar a capacidade dos indivíduos e grupos darem sentido aos conhecimentos e saberes ali partilhados.

Por fim, no conjunto das instituições e organizações da sociedade, em particular aquelas vinculadas ao setor da Saúde, as hortas localizadas em UBS têm imenso potencial de contribuir para o desenvolvimento permanente dos serviços e programas de saúde, uma vez que permitem a reorientação do cuidado a partir da literacia em saúde dos usuários. Este tipo de concepção ampliada de cuidado e de saúde, organizada ao redor da horta e das práticas agroecológicas, permitem que estas instituições se tornem, paulatinamente, promotoras de ambientes e hábitos saudáveis e sustentáveis, visando à garantia da qualidade de vida da população (Peres, 2024).

Isto posto, e articulando com o pensamento de Nutbeam (2000), aprimorar a literacia em saúde de indivíduos e grupos da população demanda práticas educativas que vão além da transmissão de informações de saúde. Os espaços tradicionais da APS, circunscritos aos ambientes ambulatoriais, apresentam limitações em relação a possibilidades de romper com a lógica transmissionista e verticalizada das práticas educativas calcadas na perspectiva tradicional da educação em saúde. Nesse sentido, as hortas agroecológicas conferem abrangência e amplitude às práticas de cuidado, sobretudo aquelas voltadas para a promoção da autonomia, individual e coletivamente.

Esses espaços possuem um imenso potencial para ajudar as pessoas a desenvolverem confiança para agir com base nos

conhecimentos adquiridos a partir da vivência agroecológica, promovendo a capacidade de colaborar e apoiar outras pessoas. Isso se traduz no desenvolvimento de habilidades e competências que permitem melhor acesso, compreensão, avaliação e interpretação de informações sobre saúde e práticas de cuidado, resultando em uma literacia em saúde mais avançada.

Se o objetivo principal da promoção da saúde passa pelo desenvolvimento da literacia em saúde de indivíduos e grupos da população – promovendo maior independência e empoderamento entre os indivíduos e comunidades com os quais o setor Saúde trabalha – é fundamental reconhecer e entender as hortas agroecológicas como espaços de produção de uma educação crítica e emancipadora, voltada ao enfrentamento das desigualdades e barreiras estruturais à saúde, em sua concepção mais ampliada.

## **Considerações finais**

O atual cenário de insegurança alimentar e mudanças climáticas coloca em xeque o sistema alimentar hegemônico e expõe não apenas a sua ineficiência em garantir o DHAA, mas acima de tudo seu potencial de destruição das bases para a saúde humana e do planeta. É necessário que se construam alternativas e caminhos intersetoriais que considerem os impactos da sindemia global nas tomadas de decisões e que contribuam na convergência dos direitos à saúde e alimentação. Neste sentido, concluímos este capítulo propondo que este diálogo continue. Afinal, qual papel do SUS no necessário e urgente processo de

transição agroecológica e para sistemas alimentares mais justos, saudáveis e sustentáveis?

É fundamental valorizar o papel crucial dos mecanismos de comunicação e educação popular capazes de democratizar o debate e reconhecer processos solidários e inovadores já em curso no âmbito das experiências agroecológicas e da defesa do DHAA, tanto dentro quanto fora dos espaços da APS. A literacia em saúde é reconhecida como um fenômeno em desenvolvimento nesses contextos e experiências agroecológicas, como as hortas em UBS, ao ampliar e valorizar saberes, promovendo um cuidado em saúde mais democrático e participativo. Percebe-se, por meio das experiências, ser fundamental estratégias intersetoriais que oportunizem e aprofundem os debates acerca dos encontros possíveis e necessários entre os princípios da agroecologia e os princípios do SUS. Além disso, identifica-se a necessidade urgente de um financiamento pleno do SUS que contemple inclusive essas iniciativas.

Em um momento desafiador, mas promissor para a valorização das iniciativas dos movimentos sociais, como o reconhecimento político das Cozinhas Solidárias no combate à fome, vislumbra-se o grande potencial de inserção do SUS, com sua capilaridade nos territórios, para participar ativamente do debate e da expansão dessas iniciativas. Dessa forma, o SUS pode impulsionar a agroecologia na saúde, aliando-se a um diagnóstico e à participação ativa das populações atendidas pela APS. Por fim, as experiências agroecológicas identificadas pelo LIS-APS surgiram como mudas que brotam em um terreno fértil de sementes resilientes, reafirmando que o caminho para garantia de uma alimentação adequada e saudável passa pela defesa e

reconhecimento da potência da APS, cultivado pelas mãos e pés de seus trabalhadores e usuários. Essas experiências mostraram como espaços agroecológicos são promotores de cuidado no seu sentido mais amplo. Para fortalecer e multiplicar essas ideias será necessário ocupar, regar e replantar o SUS para que possamos fazer florescer um sistema agroalimentar justo e solidário, que alimenta corpo, alma e mente de suas gentes.

## Referências

ALVES, H. *et al.* Territórios rurais contra a Covid-19: saberes, fazeres e reflexões por meio da Educação Popular em Saúde. **Interface (Botucatu)**, 2022.

AZEVEDO, E. D.; PELICIONI, M. C. F. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersetorial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 715–729, set. 2011.

BOTELHO, F. C.; FRANÇA, I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.

BRANDÃO, A.; CASEMIRO, J.; PERES, F. **Inseguridad Alimentaria y Emergencia Climática**. Porto Alegre: Rede Unida, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Segurança alimentar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

BRASIL. **Editais de Chamada Pública MDS/SESAN N° 01/2024, de 9 de abril de 2024**. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/editais-1/editais-1/EDITALDECHAMADAPUBLICAMDSSESANN012024DEABRILDE2024 .pdf](https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/editais-1/editais-1/EDITALDECHAMADAPUBLICAMDSSESANN012024DEABRILDE2024.pdf). Acesso em 04 jul. 2024.

BURIGO, A. C. et al. (orgs.). **Caderno de estudos: saúde e agroecologia**. vol. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: ANA: ABA-Agroecologia, 2019. Disponível

em: [https://agroecologia.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Saude\\_e\\_Agroecologia\\_web.pdf](https://agroecologia.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Saude_e_Agroecologia_web.pdf). Acesso em: 1 jul. 2024.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório do Grupo de Trabalho Cozinhas**: Vulnerabilidade, Prevenção e Atendimento à Saúde no Contexto da Pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019.

LIZARRAGA, P.; PEREIRA-FILHO, J. **Atlas dos sistemas alimentares do Cone Sul**. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Rosa Luxemburgo, 2024.

MACHADO, A. D. *et al.* O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4511-4518, 2021.

MACHADO, L. S.; GARCIA, E. L. Covid-19 e a fome: reflexões sobre um futuro agroecológico. **Saúde Debate** [Internet], 2022.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [Internet], v. 43, spe 5, p. 58-70, 2019.

NIEMEYER, C. B.; SILVEIRA, V. C. A. Da pandemia à agroecologia: redes de solidariedade na construção de um novo paradigma socioecológico. **Saúde Debate** [Internet], 2022.

NÚCLEO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS EM NUTRIÇÃO E SAÚDE (NUPENS). **Nupens celebra os 10 anos do Guia Alimentar para a População Brasileira**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/nupens/nupens-celebra-os-10-anos-do-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira/>. Acesso em: 4 jul. 2024.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova York: ONU, 1948.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 28, n. 5, p. 1563-1573, 2023.

PERES, F. O que é literacia em saúde e de que forma ela influencia as escolhas que fazemos sobre saúde? In: PERES, F.; CASTRO, A. M.; LEÃO, N. (orgs.). **1ª Mostra Brasileira de Literacia em Saúde: pistas para o SUS e as políticas públicas**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2024. p. 25-45.

PERES, F.; RODRIGUES, K. M.; SILVA, T. L. **Literacia em Saúde** [Série Temas em Saúde]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

PINTO, R. B. A. *et al.* A horta comunitária como instrumento pedagógico para a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Agroecologia**. Anais do II SNEA, v. 12, n. 1, 2017.

RIBEIRO, S. M.; BÓGUS, C. M.; WATANABE, H. A. W. Agricultura urbana agroecológica na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 730–743, 2015.

SOARES, L. P.; BÚRIGO, A. C.; SOUZA, N. A. **Tecendo Redes de Experiências em Saúde e Agroecologia**: resultados e reflexões a partir da sistematização de iniciativas construídas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

SOUZA, D. de O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Physis** [Internet], Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

SWINBURN, B. A. *et al.* A Sindemia Global da Obesidade, da Desnutrição e das Mudanças Climáticas: o relatório da Comissão The Lancet. **Lancet**, 2019.

TESTON, L. M. *et al.* Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 226–239, nov. 2018.



# Capítulo 15

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SOBRE COTIDIANOS, SEUS TEMPOS E POSSIBILIDADES

Juliana Casemiro

Vanille Pessoa

Ligia Amparo-Santos

Cristiane Marques Seixas

### Para começo de conversa...

‘Cê tá com tempo?

Eu tô aqui pra jogar conversa dentro...

*Anelis Assumpção*

O reconhecimento da alimentação e nutrição em suas múltiplas dimensões tem desafiado a construção de práticas orientadas pela integralidade do cuidado, convidando à vivência de uma Nutrição Clínica Ampliada e Implicada (Demétrio *et al.*, 2011; Demétrio; Scagliusi, 2023). Além disso, ressalta-se o entendimento de que a produção do cuidado alimentar e nutricional emerge das articulações entre múltiplos atores em redes dinâmicas e interligadas (Magalhães; Amparo-Santos, 2020).

Por outro lado, desafios ainda são apontados no que se refere, por exemplo, à incorporação da Segurança Alimentar e

Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no cuidado integral à saúde bem como a ampliação da intersetorialidade dos sistemas como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Decerto, são perspectivas que buscam ampliar o cuidado alimentar e nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Deste ponto de vista, é importante reconhecer os inúmeros desafios enfrentados pela Educação Permanente em Saúde (EPS) em Alimentação e Nutrição, especialmente porque, de certa forma, o ponto de partida para os profissionais de saúde ainda se baseia em um currículo centrado em conhecimentos biomédicos, fragmentados em especialidades. Essas abordagens são frequentemente aplicadas por meio de práticas pedagógicas tradicionais, que não promovem adequadamente a ampliação de uma reflexão crítica mais aprofundada.

Ademais, além de uma perspectiva conteudista, prioriza-se uma formação técnica em detrimento das dimensões ético-político-pedagógicas, centradas no mundo do trabalho em saúde, no qual a integração entre serviços, ensino-pesquisa-extensão e comunidades deveriam se constituir nos cenários prioritários de aprendizagem. Tais desafios só podem ser interpretados juntamente com os debates relacionados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2004) que, apesar de muitas fragilidades, acumula em seus 20 anos de existência impactos relevantes no que tange a processos colaborativos entre serviços de saúde e instituições de ensino com desdobramentos relacionados aos processos de trabalho em equipe (Jesus; Rodrigues, 2022).

Neste capítulo, o conceito de práxis (Freire, 2014) foi utilizado como orientação de leitura de realidade apresentada nas experiências do Laboratório de Inovação em Saúde em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS A&N na APS), sendo uma forma de reafirmar correlações necessárias entre teoria e prática. Compreende-se que tratar da EPS é interdependente do olhar para o/a trabalhador/as em saúde e da própria noção de trabalho. Como Ramos (2008), apreendemos e declaramos o trabalho como princípio educativo em que:

[...] o processo formativo proporciona a compreensão da historicidade da produção científica e tecnológica, como conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para a transformação das condições naturais da vida e a ampliação das capacidades, das potencialidades e dos sentidos humanos (Ramos, 2008, p. 115).

Nessa linha, acrescenta-se a noção freiriana de “inéditos viáveis”, que surge como uma possibilidade de promover processos formativos que se contrapõem à perspectiva de adestramento de comportamentos pré-definidos e meramente reproduzidos. Além disso, essa noção constitui um dispositivo potente para transcender a inovação tecnológica, em favor da construção de inéditos viáveis ancorados no conceito de um projeto coletivo (Paro; Ventura; Silva, 2020). O objetivo deste capítulo é contribuir para o aprofundamento das reflexões sobre práticas de EPS no contexto do fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição na APS. A título de exemplo, uma revisão sistemática sobre as iniciativas de EPS para cuidar de pessoas

com obesidade, evidenciou a escassez de pesquisas na área e, quando desenvolvidas, se mostraram pouco efetivas, utilizando metodologias de ensino baseadas em técnicas de transmissão de informações, assim como uma compreensão da obesidade como doença e problema de saúde pública.

Configuravam-se como ações pontuais, monodisciplinares e distantes do trabalho cotidiano dos profissionais, assim como do reconhecimento dos problemas locais e da integração das redes de atenção à saúde, na linha de cuidado, na integralidade do cuidado e nas culturas alimentares e corporais (Magalhães *et al.*, 2023). Nesse sentido, nosso desafio vai na direção de enfatizar a necessidade de identificar pontos obscuros das experiências e sobre eles lançar luzes que nos permitam construir soluções que inovem não somente em seus resultados, mas também nos processos de trabalho dos profissionais de saúde.

Para tanto, chamamos atenção para o entendimento sobre a ideia de inovação exposto no edital do LIS A&N na APS. São definidas como inovadoras as experiências com potencial de resposta aos impasses e que buscam caminhos que valorizem a criatividade, criticidade e reflexividade de modo a favorecer o reconhecimento de soluções, perspectivas e estratégias locais.

Mas antes, é preciso diferenciar o que é inovador do que é novidade, inovação do que é invenção. Isso porque muitas vezes estamos em busca de soluções mágicas, sempre tomados pela ideia de que precisamos “inventar a roda” para dar conta das dificuldades que se apresentam em nossos percursos. Em nosso auxílio, recorreremos a Lo Bianco e Costa-Moura (2017) que entendem que a inovação é produzida no âmbito da combinação

de recursos já existentes no campo científico, gerando novos produtos, processos, mercados, formas de organização e materiais.

A inovação, portanto, faz parte e está já prevista na operação científica. Por outro lado, o novo, a novidade, não está previsto, é contingente e concerne à invenção de algo nunca dado anteriormente. Entre previsto e contingente, lançaremos nosso olhar para o “já dado” das experiências e deixaremos o contingente para quando quiser e puder se apresentar ao nosso olhar.

### **A caixa preta das experiências de Educação Permanente**

A Educação Permanente em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde posta para reflexão neste espaço, se configura como o processo de aprendizagem no espaço do trabalho, onde o aprender e o ensinar, que envolvem a complexidade do comer, se incorporam ao cotidiano da organização e ao trabalho na APS. Está envolvida, portanto, na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais no que tange a alimentação no cotidiano do fazer saúde.

A leitura das experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) apresentadas ao LIS A&N na APS nos remete a certa polifonia relacionada ao tema, sendo associada às finalidades de implementar, capacitar, qualificar, atualizar, formar, organizar processos de trabalho entre outras. Outro aspecto que nos convidou às reflexões aqui apresentadas refere-se a uma tendência a relatos que dedicam esforços a apresentar “o que” foi feito, mas não “o como” foi feito – o que representaria identificar amiúde

os percalços inerentes ao cotidiano das práticas, somados às soluções produzidas no ato do fazer.

Os relatos tendem a indicar a quantidade de pessoas envolvidas, descrever as etapas de realização e enumerar materiais utilizados ou desenvolvidos. São enfatizados os temas abordados, a instância de gestão que promove a ação e geralmente os resultados são satisfatórios, motivo pelo qual tendem a ser objeto do relato. Contudo, lógicas, escolhas e funcionamento ficam resumidos ou omitidos nos textos, bem como a avaliação que geralmente é realizada com embasamento teórico insuficiente (Brasil, 2016) e sem reflexões críticas que potencializariam ações futuras.

Assim, os relatos de experiência, de modo geral, configuram uma espécie de caixa-preta de nossa produção científica, pois, assim como os aparelhos presentes nas aeronaves que gravam os dados do funcionamento e as conversas da tripulação durante o voo, elas conhecem e descrevem somente dados de entrada (*input*) e saída (*output*). Seu funcionamento interno, contudo, não é acessível. Essa prática tão comum no campo da alimentação e nutrição dificulta compreender os processos em sua totalidade, mesmo considerando a necessidade de manter em sigilo como determinada ação foi realizada.

Por que motivo, então, a partilha foca-se apenas no que foi feito? Por que os relatos se concentram mais nos aspectos descritivos, operacionais e instrumentais das propostas? Por qual razão o exercício crítico que devemos realizar em relação à problematização de nossas práticas fica excluído, dando lugar a uma mera execução, pouco reflexiva de um planejamento

normativo que não possibilita a inventividade e criação diante da imprevisibilidade inerente ao fazer cotidiano?

Existe um convite à reflexão sobre o uso de técnicas, materiais e cenários diferenciados na EPS, como caso das oficinas culinárias e das hortas comunitárias, que muitas vezes são escolhidas por seu potencial de aproximação e interesse dos participantes. Contudo, no caminho de compreender a caixa-preta das experiências, cabe refletir quais aprofundamentos teórico-práticos já estão sendo realizados e quais ainda são necessários e oportunos diante dos atuais desafios do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva. É relevante problematizar por que e como tais técnicas, estratégias e cenários passam a ser preferidos em determinados momentos históricos e identificar seu potencial para tratar de dificuldades cotidianas dos serviços de saúde – o que também implica em enxergar pontos obscuros de seus processos.

Aspecto relevante a ser mencionado é que parte das experiências selecionadas no eixo de EPS correspondem, na verdade, a experiências de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Por um lado, tal aspecto pode indicar que a existência do Marco de Referência em Educação Popular para Políticas Públicas agregou incentivo e suporte para desafiar a experimentação do “uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo” (Brasil, 2011, p. 23) no campo da alimentação e nutrição. Por outro, impulsiona a enxergar que há certo borramento entre estratégias de EPS e EAN que pode (e deve) mobilizar a proposição de mais tempo e espaço para a reflexão e análise crítica da Educação Permanente em Alimentação e Nutrição.

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) tem sido reconhecida tanto como uma potência quanto um desafio no contexto das ações de EPS desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sua presença nas experiências práticas ainda é limitada, representando um ponto de atenção, especialmente diante da crescente complexidade das questões alimentares e nutricionais. Esse cenário se evidencia, por exemplo, ao tratar da Sindemia Global, caracterizada pela interação sinérgica entre as pandemias de Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas (Swinburn, 2019). A EIP surge justamente do reconhecimento dessa complexidade nas questões de saúde contemporâneas, reforçando a necessidade de efetivar a integralidade do cuidado.

Pode-se caracterizar as estratégias de EIP como aquelas que promovem estratégias de aprendizagem colaborativa de profissionais, estudantes ou cursos relacionados a diferentes profissões e seus campos de saberes (Brasil, 2018). São reconhecidas as possibilidades da EIP como estratégia de melhorar a colaboração interprofissional e ampliar a qualidade da organização do trabalho e oferta de cuidados aos usuários, sobretudo no contexto da APS que atua a partir de composição de equipes que incorporam diferentes profissões (Freire-Filho; Silva, 2017).

Vale evidenciar que o uso de tecnologias e estratégias de Educação à Distância (EaD), que têm se tornado frequentes no âmbito da EPS (Lemos *et al.*, 2021) foi usado com destaque nas experiências do LIS A&N na APS. A utilização das ferramentas EaD intensificou-se durante o período da Pandemia de covid-19 pela exigência de afastamento social correlata à necessidade de

também intensificar ações de EPS de modo a instrumentalizar os trabalhadores da saúde a lidar com um contexto nunca vivenciado por todos nós. Trabalhadores da APS foram intensamente afetados pela Pandemia de covid-19, pois além de precisarem lidar com seus próprios medos e limites, se depararam com situações assustadoras para a maioria de nós, ao sustentar as atividades de assistência à saúde, ocupando a linha de frente do combate ao coronavírus. Além disso, se viram diante do desafio do uso de tecnologias digitais para as quais nem todos estavam preparados (Christino *et al.*, 2024; Bousquat *et al.*, 2020).

As estratégias de EPS em formato EaD tem cumprido papel relevante, contudo fazem refletir sobre a individualização de esforços e responsabilidades relacionados ao aprimoramento profissional num contexto neoliberal em que globalmente se naturaliza o uso dos tempos de folga e de lazer para fins de trabalho. Ou seja, na era dos “empreendedores de si” (Dardot; Laval, 2016) em que estamos todos inseridos, o tempo “livre” se torna a melhor oportunidade de ser produtivo e investir na própria carreira.

Como contribuição reflexiva, trazemos aqui a perspectiva apresentada por Ricardo Antunes acerca da organização do trabalho, quando levanta uma primeira tese segundo a qual a pandemia foi um verdadeiro “laboratório de experimentação do trabalho” onde assistimos (atônitos) a uma intensificação do trabalho “uberizado”, bem como a enorme expansão do *home office* e do teletrabalho (Antunes, 2023), inclusive na saúde. Nessa direção, mostra-se fundamental termos maior discernimento dos processos em curso em nossos cotidianos, pois a precarização do trabalho avança atualmente a territórios

que eram antes mais preservados, sendo a tecnologia uma das principais ferramentas desse avanço.

### **Tempo para analisar, tempo para cuidar...**

Enquanto a caixa-preta das experiências impõe limites em nossas reflexões, o esforço empreendido pelo LIS A&N na APS vai exatamente na direção oposta. Podemos tomar a ideia de laboratório a partir de dois pontos de vista: de um lado, como um local provido de instalações, aparelhagem e produtos necessários às experiências efetuadas no contexto de pesquisas científicas; ou como uma atividade, ação que envolve observação e experimentação num campo de estudo e que constitui, em última análise, uma arte no seio da construção do conhecimento científico. Como ressalva, destaca-se, contudo, que as ideias de replicar, repetir ou reproduzir são desafiadas ao ter como objeto as ações de EPS e de Alimentação e Nutrição na APS. A vida não se repete, e revisitar uma experiência sob a ótica da educação crítica só se torna viável como um ato de reinvenção.

Assim, ressalta-se que refletir de forma qualificada sobre os caminhos da EPS na APS exige reconhecer a complexidade dos desafios cotidianos do trabalho neste ponto da Rede de Atenção à Saúde. Seja por mudanças nos processos de financiamento do Sistema Único de Saúde (Funcia, 2019; Souza, 2020) ou por concepção de gestão do trabalho em saúde, a realidade da maior parte dos profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) é impactada por metas de produtividade que atravessam o trabalho cotidiano afetando

diretamente as possibilidades de continuidade de processos e projetos (Mattioni; Rocha, 2023).

É necessário, portanto, identificar que a produção de sofrimento e adoecimento ronda trabalhadores da APS, impactados por uma lógica neoliberal de organização do trabalho. Entre as causas que podem explicar a ausência de qualificação dos profissionais está a lógica de organização do trabalho orientado pela produtividade, somado à flexibilização da contratação dos profissionais, que conduz os trabalhadores de saúde a uma prática de cuidado voltada para o cumprimento das metas quantitativas de produção estabelecidas de forma verticalizada e descontextualizada (Jesus *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, destaca-se a solidão enfrentada pelos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, onde todo erro, equívoco ou resultado insatisfatório é diretamente associado ao desempenho individual, gerando um sentimento de culpa. Esse cenário contribui para a sensação de isolamento, uma vez que a responsabilidade recai sempre sobre o indivíduo, seja no cuidado com o outro ou até com si próprio (Andrade *et al.*, 2022).

Para um cotidiano de trabalho que possibilite a inovação – que não significa replicar, mas recriar de maneira viva e contextualizada – é necessário garantir condições que enfrentem a precarização no setor da saúde. Isso envolve não apenas a redução da sobrecarga de trabalho, mas também a valorização do “trabalho vivo em ato”. Conforme aponta Antunes (2023), sua segunda tese destaca que o capitalismo tem recuperado e recriado formas antigas de exploração do trabalho, similares às existentes no início da Revolução Industrial, quando as jornadas

de trabalho eram excessivamente longas e os níveis de exploração intensificados. Nesse sentido, tempo e tecnologia são elementos que não podem ser deixados de fora em nossas análises, para que não façamos novas e maiores exigências reforçando uma lógica que pretendemos combater. O universo informacional-digital potencializa exponencialmente a utilização da força de trabalho, aprofunda diferenças e expropria o tempo, privando o trabalhador da possibilidade de criar e inovar (Antunes, 2023). O tempo corrido no contexto do trabalho das UBS impõe restrições às possibilidades de diálogo e reflexão. Ou seja, ainda que a valorização da EPS seja um avanço na APS, ela não pode se traduzir em uma lógica programática verticalizada que recaia sobre o trabalhador da saúde que precisa, às custas de seu tempo, seus recursos materiais, simbólicos e subjetivos, dar conta das exigências de produtividade que estão diretamente atreladas aos recursos financeiros aportados para a própria APS. Assim, destaca-se a importância de garantir uma agenda protegida para as atividades de EPS na APS.

Ao destacarmos esses elementos estruturais e conjunturais, podemos vislumbrar, em oposição a essa perspectiva, a necessidade de direcionar a atenção para os espaços micropolíticos de produção do cuidado em saúde. Isso inclui o cuidado alimentar e nutricional, no qual se valoriza a artesanania e a singularidade do cuidado ao lidar com a experiência do adoecimento e a complexidade da alimentação, levando em consideração as incertezas, ambivalências e a impossibilidade de pleno controle dos corpos e do ato de comer (Magalhães *et al.*, 2021). Por fim, apontamos o papel das universidades que, por meio de iniciativas de ensino-pesquisa-extensão, têm atuação histórica em ações de EPS em diferentes desenhos de

cooperação interinstitucional. Residem nestes espaços colaborativos elementos férteis de mudança que exigem, para tanto, respeito aos diferentes tempos e mecanismos de construção de saber. Manter em perspectiva o exercício metódico de observação, reflexão crítica e síntese sem descuidar do compromisso com a transformação da realidade é desafio constante de tais iniciativas. Há muita relevância em identificar o componente educativo e educador do trabalho que, por vezes, é comprimido pela rotina que deixa pouco espaço para o potencial da educação como processo emancipatório.

### **Considerações finais**

A inovação é experiência que deve ser feita em ato. O fazer reflexivo, que problematiza o cotidiano das ações na APS é uma forma potente de fazer EPS. Para tanto, é preciso tempo para esse “que-fazer” cuidadoso que pode não ser garantido na contabilidade das metas, afazeres e tarefas do chão das UBS. Contudo, considerando os atuais desafios apresentados às ações de Alimentação e Nutrição na APS cabe a reivindicação de uma nova distribuição do tempo em que se possa aprender a cuidar sentindo-se cuidado.

Permitir a ampliação do olhar para esse espaço de potência que é a APS é fundamental, reconhecendo-a como uma poderosa vertente educacional. Suas potencialidades viabilizam a efetivação da proposta de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de construir cotidianos que, por sua vez, se tornam objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Neste caminho, é preciso lembrar que a PNEPS assume o contexto do trabalho como espaço educativo e o trabalho em si

mesmo como elemento pedagógico. É digno de nota que algumas oportunidades potentes de ações desenvolvidas nos espaços cotidianos das UBS não tenham recebido registro e destacamos dentre estas reuniões de equipe, interconsultas, construção de Projeto Terapêutico Singular e ações de matriciamento. Para a maioria dos trabalhadores da saúde, talvez fosse preciso mais tempo “pra jogar conversa dentro” desse laboratório e apresentar suas experiências de forma contextualizada e crítica.

Em uma perspectiva no campo progressista, democrática e não-arbitrária, não se espera mudar a “cara” da EPS em Alimentação e Nutrição na APS por meio de portaria, decreto ou protocolos. Não consideramos viável decretar que de hoje em diante, deve ser assim ou daquele jeito. Não se democratiza de forma autoritária, por isso a intenção é causar desconforto para, a partir dele, provocar reflexão profunda dos fundamentos e das práticas. Por fim, é importante afirmar que as experiências de EPS apresentadas no LIS A&N na APS apresentam possibilidades concretas de serem afetadas e reconstruídas pelo cotidiano das UBS e que poderão, a seu tempo, ser sistematizadas e finalmente compartilhadas.

## Referências

ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320116, 2022.

ANTUNES, R. Trabalho e (des)valor no capitalismo de plataforma: três teses sobre a nova era de desantropomorfização do trabalho. In: ANTUNES, R. (org). **Icebergs à deriva: o trabalho nas plataformas digitais**. São Paulo: Boitempo, 2023, p. 13-40.

BOUSQUAT, A. *et al.* Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. **Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da

Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo:** metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo:** Educação Permanente para Implantação de Ações Coletivas de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção Primária [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Minas Gerais, 2022.

CHRISTINO, V. G. *et al.* “Porque nós estamos todos doentes”: desafios do cuidado às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde em tempo de Covid-19. **DEMÉTRA:** Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 19, p. e77502-e77502, 2024.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DEMÉTRIO, F. *et al.* A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Revista de Nutrição**, v. 24, p. 743-763, 2011.

DEMÉTRIO, F.; SCAGLIUSI, F. B. Comendo nas encruzilhadas: contribuições interseccionais para a Nutrição Clínica Ampliada e Implicada. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 4, p. e230050pt, 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019.

JESUS, J. G. L. *et al.* O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 175-187, 2022.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022.

LEMOS, A. S. P.; DUTRA, E. B.; REZENDE, M. J. Tecnologias digitais para a educação permanente em saúde: uma revisão de escopo de experiências nacionais. In: GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. B.; PASSOS, M. F. D. (Org.). *Em mar aberto: perspectivas e desafios para uso de tecnologias digitais na educação permanente da saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 93-114.

LO BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. Inovação na ciência, inovação na psicanálise. **Ágora**, v. 20, p. 491-508, 2017.

MAGALHÃES, L. M.; AMPARO-SANTOS, L. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00127819, 2020.

MAGALHÃES, C. G. *et al.* Permanent health education in the context of obesity: a scoping review. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 5, 2023.

MAGALHÃES, L. M. *et al.* Deslocamentos, desenlaces e tessituras no cuidado em alimentação e nutrição: análise de uma publicação oficial brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4885-4894, out. 2021.

MATTONI, F. C.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2173-2182, 2023.

PARO, C. A.; VENTURA, M.; SILVA, N. E. K. E. Paulo Freire e o Inédito Viável: Esperança, Utopia e Transformação na Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. e0022757, 2020.

RAMOS, M. N. Currículo Integrado. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Physis**, v. 30, n. 3, 2020.

SWINBURN, B. A.; KRAAK, V. I.; ALLENDER, S. *et al.* A Sindemia Global da Obesidade, da Desnutrição e das Mudanças Climáticas: o relatório da Comissão *The Lancet*. **Lancet**, p. 32822-8, 2019.

TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

# Capítulo 16

## GESTÃO, PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: FERRAMENTAS PARA A AÇÃO

Caroline Morgado  
Katiana Telefora  
Denise Barros  
Ana Laura Brandão

### Introdução

A contribuição da gestão, monitoramento e avaliação para as políticas públicas é reconhecida, histórica e cientificamente, como efetiva para a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a gestão pública é dinâmica e está em constante mudanças políticas, situacionais e epidemiológicas, apresentando, assim, desafios fundamentais para atender oportunamente as necessidades e diversidades regionais da população assistida pelos serviços de saúde no Brasil.

A complexidade dos problemas de saúde contemporâneos nos leva a reconhecer a determinação social do processo saúde-doença, a fim de compreender a historicidade e as diversas questões que os envolvem (Borgui; Oliveira; Sevalho, 2018). Por exemplo, fenômenos como a Pandemia de covid-19, os transtornos relacionados a saúde mental cada vez mais frequentes,

a violência doméstica e sexual, bem como o recrudescimento da fome e o aumento da obesidade estão vinculados à imbricação de diferentes fatores e a contextos de vulnerabilidades (Cruz, 2021; Santos *et al.*, 2021), que precisam estar na agenda de prioridades da gestão pública e da alimentação e nutrição.

Trazer como foco esta agenda remete-nos à complexidade das intervenções configuradas para enfrentá-los e à diversidade de seus contextos, marcados, muitas vezes, pelas dificuldades de acesso à renda, a bens públicos e à alimentação saudável. Quando mencionamos as intervenções, estamos nos referindo a políticas, programas, serviços, organizações, tecnologias, redes e outras ações, públicas ou não, destinadas a mudar realidades sociais insatisfatórias e em constante interação com os contextos demográfico, social, econômico, cultural e epidemiológico em que estão inseridas (Santos; Cruz, 2014).

Nesse contexto, o papel do gestor e dos profissionais envolvidos no sistema de saúde exige conhecimento e habilidades capazes de lidar com as constantes inovações em processos e produtos, visando a melhoria da gestão, do cuidado e do estado de saúde e nutrição da população. Isso reforça a necessidade de monitoramento e avaliação contínuos para o aprimoramento de políticas, programas, serviços e demais intervenções em saúde. O processo de monitoramento e avaliação possibilita que todos os envolvidos possam compreender como as intervenções são planejadas, identificar quais efeitos estão sendo produzidos, como os seus resultados estão sendo utilizados e quais as mudanças necessárias para melhoria do serviço prestado à população.

Ao longo dos últimos anos, o desenvolvimento de políticas públicas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e

nutricional (SAN) tem demandado um maior contingente de profissionais na gestão, especializados na prestação de contas e transparência, quanto aos resultados alcançados com as inovações propostas no cumprimento de seus objetivos para solucionar os problemas nutricionais brasileiros (Gasparini *et al.*, 2017).

Os desafios mais urgentes para a gestão dessas políticas e programas, referem-se a necessidade de maiores investimentos em abordagens gerenciais descentralizadoras, que favoreçam a participação dos trabalhadores, o compartilhamento decisório e a formação de consensos, a cooperação interdisciplinar e a responsabilização crescente de todos os envolvidos com os objetivos organizacionais. A estes se impõem a necessidade de uma coordenação da ação compatível com seus processos de trabalho e de uma nova gestão adequada às características particulares dos serviços públicos de saúde.

O Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS A&N na APS) foi criado para contribuir no compartilhamento de experiências que auxiliem os gestores de alimentação e nutrição a enfrentar alguns desses desafios. Destaca-se, em especial, o eixo temático 3, que aborda ações relacionadas à Gestão, Monitoramento e Avaliação das iniciativas de Alimentação e Nutrição na APS.

Nesse cenário, nossa proposta é oferecer apontamentos sobre a gestão, monitoramento e avaliação que promovam a apropriação crítica e reflexiva de suas ferramentas por parte dos diversos atores envolvidos na gestão e execução das ações de alimentação e nutrição em todas as esferas de governo.

## **Gestão, monitoramento e avaliação: relação com a alimentação e nutrição**

Abordar o tema da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) pode parecer simples, mas não é. Seja porque existem diversos conceitos ou abordagens sobre a temática, seja pelo fato do próprio ato de realizá-lo ser desafiador. Castro e colaboradores (2023) apontam que a gestão no SUS engloba três dimensões: a técnica, administrativa e política.

Os mesmos autores argumentam que a dimensão política envolve elementos como a necessidade de articular o projeto político escolhido pela população nas eleições com o cumprimento dos marcos legais das políticas públicas. Além disso, abrange o relacionamento e os processos de negociação e pactuação com diversos atores sociais e espaços de governança.

Por sua vez, a dimensão administrativa traz o cotidiano da coordenação de recursos financeiros, materiais, tecnológicos, além da mobilização e gerenciamento de competências e de profissionais (Castro *et al.*, 2023). A dimensão técnica concentra os processos de identificação e priorização de problemas, indicação e implementação (ou incentivo) de soluções de acordo com os princípios da gestão pública e do setor saúde.

As três dimensões apontadas trazem um escopo próprio, diferentes inserções dentro das organizações de saúde e responsabilidades. No entanto, um caminho interessante para contribuir para o desafio da gestão é o conhecimento e apropriação cotidiana dos marcos legais do setor saúde, assim como instrumentos de sua operacionalização.

A saúde, assim como a alimentação, é um direito constitucional brasileiro presente na nossa Constituição Federal. No entanto, a alimentação só passa a ser um direito a partir de 2010, por meio da publicação de uma emenda constitucional advinda das lutas das instituições e do controle social comprometidos com a SAN e a consolidação do arcabouço jurídico desta área na primeira década dos anos 2000 (Brasil, 2010).

O SUS, na Lei 8.080/90, traz a alimentação como um fator determinante e condicionante da saúde, apontando a vigilância nutricional e a orientação alimentar como uma área constituinte da política de saúde no Brasil (Brasil, 1990). Dessa forma, a política de alimentação e nutrição se configura pelos seus próprios instrumentos de gestão, além daqueles regimentos mais gerais estabelecidos pela administração pública, como das políticas de saúde, assistência social ou administração.

O planejamento integrado entre as três esferas de governo constitui a base para a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS. O profissional que atua no campo da alimentação e nutrição nas três esferas do governo precisa se apropriar desses instrumentos, articulando-os e potencializando o planejamento das suas propostas quanto ao financiamento e a organização da atenção à saúde no SUS.

Assim, os entes da Federação devem realizar atividades de planejamento e a elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação são obrigações condicionantes, inclusive, para o recebimento das transferências intergovernamentais. O planejamento regular permite dotar os gestores de informações que possibilitem uma ação mais efetiva

sobre a realidade sanitária e redirecionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população (Brasil, 2016). Os instrumentos de planejamento tratam dos mesmos objetivos: diagnóstico de necessidades, planejamento de atividades, alocação de recursos, monitoramento e avaliação das atividades em determinado período, em uma perspectiva de continuidade e retroalimentação (IPEA, 2023).

Diante disso, conhecer as diferenças entre os instrumentos do planejamento governamental e do planejamento do SUS (Quadro 1), contribui para o planejamento e a implementação de políticas públicas e programas integrados nas três esferas de governo, na perspectiva da regionalização das ações.

Quadro 1. Instrumentos de planejamento governamental e do SUS segundo objetivo, periodicidade e relação com a Alimentação e Nutrição (A&N)

Planejamento Governamental			
INSTRUMENTO	OBJETIVO	PERIODICIDADE	RELAÇÃO COM A&N
Plano Plurianual (PPA)	Trazer o planejamento das ações de um determinado nível de governo (federal, estadual ou municipal) a partir de um diagnóstico e com metas físicas e financeiras, estabelecidas para cada ano durante o período sinalizado com a análise e aprovação do poder legislativo. Todos os instrumentos de planejamento têm como obrigatoriedade a aprovação pelo Poder Legislativo por meio de Lei.	Quatro anos.	Neste documento as grandes linhas de ação do governo relacionadas à A&N podem estar destacadas e, assim, demonstrar o planejamento, seja temático ou em metas.

<p>Lei Orçamentária Anual (LOA)</p>	<p>Demonstrar o planejamento de aplicação das receitas de acordo com o planejamento governamental de médio prazo – o PPA. Nele é apresentado de onde são as origens destas receitas, seja pelo próprio ente federativo, ou de transferências governamentais constitucionais obrigatórias (e o SUS se aplica a esta situação), outras transferências e convênios.</p>	<p>Anual.</p>	<p>Esse documento demonstra qual é o valor financeiro que está destinado para suas ações no período de um ano e quais são as origens desses recursos.</p>
<p>Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO)</p>	<p>Definir diretrizes para a elaboração da LOA do ano subsequente. Em relação ao planejamento de políticas públicas, traz um elemento importante quanto a expressão de metas e prioridades para alocação de recursos.</p>	<p>Anual.</p>	<p>Dentro de várias ações planejadas, uma delas pode ter algum destaque de acordo com o contexto local, alteração de algum indicador.</p>
<p>Relatório Detalhado de Atividades (RDQA)</p>	<p>Monitorar o alcance das metas físicas e financeiras planejadas e atingidas no período.</p>	<p>Quatro meses.</p>	<p>Acompanhamento das ações realizadas. Útil para fazer pequenos replanejamentos, reavaliar processos de apoio institucional, programar capacitações não previstas.</p>

Emendas parlamentares	Propor de forma individual ou coletiva emendas ao planejamento enviado pelo executivo para discussão e aprovação do poder legislativo. Elemento do plano plurianual.	Depende de qual instrumento receberá a emenda. Pode ser anual ou quatro anos.	Oportunidade de aumentar os recursos financeiros destinados à área ou até mesmo garantir o destaque, ou inserção de uma ação que não conseguiu ser inserida anteriormente.
<b>PLANEJAMENTO DO SUS</b>			
Plano de Saúde (PS)	Apresentar planejamento de suas ações a partir de um diagnóstico sanitário, econômico e político e elaborado por cada ente federativo. Ele é concomitante ao PPA, mas não segue necessariamente a mesma estrutura. No entanto, é fundamental que sigam lógicas semelhantes.	Quatro anos.	Realização de um diagnóstico de diversas dimensões é um ganho para a área. E assim, planejar as ações para o período citado, incluindo necessidades de ações intersetoriais.
Programação Anual de Saúde (PAS)	Apresentar planejamento de curto prazo. Tem como objetivo confirmar ou alterar as metas estabelecidas no Plano de Saúde para o ano subsequente.	Anual.	O planejamento de curto prazo tem a possibilidade de fazer ajustes no planejamento de acordo com as coberturas de políticas ou indicadores de saúde.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Avaliar as metas pactuadas na PAS, assim como a aplicação dos recursos planejados.	Anual.	Momento de análise fundamental para aprimoramento do processo de trabalho e gestão.

Fonte: Brasil, 2009; Brasil, 2012; Universidade do Maranhão, 2016 –  
Elaboração própria.

Quando falamos do setor saúde é importante saber que grande parte dos recursos empregados atualmente provêm de emendas parlamentares, já que atualmente as mesmas são de aplicação obrigatória pelo governo federal e também existe a imposição que a maioria desses recursos sejam destinados para o setor. No entanto, existem discrepâncias nas temáticas direcionadas, quanto para onde elas serão destinadas, já que dependem da definição dos próprios deputados (Vieira; Lima, 2022).

A construção dos instrumentos e o planejamento da gestão na saúde é um processo pactuado entre gestores nas instâncias intergestoras, que são espaços políticos garantidos pelo SUS (comissões bipartite e tripartite), avaliado e aprovado pela instância de controle social – os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal). Desse processo de construção emergem elementos fundamentais para a manutenção do recebimento de recursos e otimização dos gastos pelas secretarias de saúde (Brasil, 2009).

A pactuação, sustentada por instrumentos legais e pela participação dos gestores e do controle social, viabiliza a busca por racionalidade nos gastos, otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde. Isso ocorre por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros aspectos, com o objetivo de reduzir as desigualdades locais e regionais (Brasil, 2016).

Os instrumentos de planejamento do SUS não são subordinados aos instrumentos de planejamento governamentais, mas, necessitam estar articulados justamente por serem subsídio para a elaboração dos instrumentos de planejamento governamentais (Brasil, 2009; Brasil 2023).

Para que as ações de planejamento possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem comprometer-se a realizar o monitoramento e a avaliação, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias empregadas para tal. O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão.

No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ser executados de forma individual e conjunta entre os entes federados, tendo como referência as respectivas regiões de saúde, em uma perspectiva de retroalimentação e também para contribuir para uma gestão mais eficiente (Brasil, 2016).

Contandriopoulos *et al.* (1997) compreende que avaliação seria “(...) fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p. 31).

Ao longo do tempo, observa-se o surgimento de novos objetivos e funcionalidades para a realização da avaliação, o que permitiu não apenas o aprimoramento da prática, mas também a valorização dessa ferramenta no processo de tomada de decisão, tanto antes quanto após as intervenções (Guba ; Lincoln, 1990 apud Contandriopoulos *et al.*, 1997).

O monitoramento, por sua vez, é compreendido como um processo integrante da gestão, que consiste em realizar acompanhamentos sistemáticos ao longo de um determinado

período, seja em relação a serviços, programas ou ações. Trata-se de uma atividade contínua que pode produzir informações a serem consideradas no momento da avaliação (Silva, 2005).

O monitoramento tem como finalidade a viabilização de recursos capazes de qualificar a saúde e melhorar o desempenho dos serviços. Isso inclui a elaboração de indicadores que contenham informações importantes acerca do estado de saúde populacional, além do desempenho dos sistemas de saúde, que podem significar/representar os processos instalados e/ou os produtos obtidos (Brasil, 2022).

### **Gestão das ações de alimentação e nutrição na APS: de onde viemos e para onde estamos indo**

Para desenvolver esse tópico, foi preciso definir um marco na saúde, uma vez que é preciso compreender em algum grau a origem desse espaço de gestão das ações de alimentação e nutrição que vamos tratar. Nossa decisão foi iniciar a partir da criação do SUS, pois seus objetivos versam sobre a formulação de políticas de saúde que intervenham sobre os determinantes de saúde existentes e assegurem acesso universal e igualitário, com ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao olhar especificamente para esses pontos, já é possível refletir sobre a sua aplicação na construção da PNAN, que em sua primeira versão publicada em 1999, trouxe como propósito “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo

às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos” (Brasil, 1999).

Mesmo tendo sido construída e publicada em um contexto político de fortalecimento da agenda neoliberal, a PNAN trouxe elementos que marcavam a importância de a saúde olhar com atenção para a SAN e a garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA). Fundamentaram as suas sete diretrizes, o cenário de transição epidemiológica e nutricional brasileiro do final dos anos 1990 que era caracterizado pela sobreposição de doenças carenciais e agravos nutricionais devido ao perfil de consumo de alimentos (Brasil, 1999; Santos *et al.*, 2021). Naquele momento, ainda não se falava na política sobre articulação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS).

No nível federal, a coordenação do processo participativo da formulação da PNAN e sua posterior gestão coube à Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), criada em 1998. As ações e programas que foram desenvolvidos no âmbito federal foram descritos no artigo de Santos *et al.* (2021). Pelo princípio organizativo do SUS de descentralização, estados e municípios foram se estruturando de alguma forma, porém, o foco nessas outras esferas de gestão do SUS acabou mantendo-se programático e no nível municipal, muitas vezes assistencial.

A publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a conformação dessa área técnica no Ministério da Saúde, atualmente denominada Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGAN),

possibilitaram um maior investimento em políticas voltadas para a formação profissional, financiamento de pesquisas e incentivo à produção de novas tecnologias. Além disso, fomentaram a criação de redes de conhecimento e outras iniciativas voltadas para a implementação das políticas na área, buscando contribuir para a atuação dos novos gestores de alimentação e nutrição.

No entanto, as mudanças políticas e organizacionais ocorridas entre 2017 e 2022, após o impeachment da presidenta Dilma e a eleição de um governo de extrema-direita, agravadas pela Pandemia da covid-19, resultaram em retrocessos nas iniciativas voltadas para as questões sociais, ambientais, de saúde e educação. Esses retrocessos impactaram negativamente o desenvolvimento de políticas públicas na área (Freitas *et al.*, 2024), apesar de novas iniciativas, como o programa PROTEJA (Bortolini *et al.*, 2022). O processo de atualização da PNAN, após dez anos de vigência, iniciou-se nos primeiros meses de 2010, e buscou garantir legitimidade e participação social. Analisando as nove diretrizes da segunda versão da PNAN publicada em 2011, observa-se que houve foco no setor de saúde, já que, a partir de 2006, um conjunto de ações relacionadas à SAN tornou-se competência de outros setores da administração federal (Santos *et al.*, 2021). Destacamos aqui a promulgação da Lei n.º 11.346/2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas a assegurar o DHAA; e, novamente, mencionamos a inclusão da alimentação como direito social na Constituição Federal em 2010.

Observa-se que, em geral, as ações e os programas desenvolvidos na PNAN (1999) foram contemplados na versão atual (2011), sendo atualizados, realocados e/ou ressignificados (mudaram de terminologias e/ou de estratégias operacionais). Duas das novas diretrizes incorporadas avançam em relação à versão anterior: “gestão das ações de alimentação e nutrição” e “participação e controle social” (Santos *et al.*, 2021).

A gestão das ações de alimentação e nutrição é uma diretriz semeada na APS a partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo país, sendo capaz de gerenciar e realizar as articulações intersetoriais justamente pela sua natureza advinda da reforma sanitária (Fagundes *et al.*, 2021). É importante salientar sua responsabilidade no direcionamento, na integração com os demais níveis de assistência e a regulação dos fluxos relacionados ao atendimento, no nosso caso, o nutricional (Giovannella *et al.*, 2009).

Na versão atual da PNAN, a diretriz de Organização da Atenção Nutricional, destacada como central (Figura 1), reforça seu papel em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a APS atuando como coordenadora do cuidado e organizadora dessa rede. No entanto, sem uma área institucionalizada, bem estruturada e com capacidade técnica nas três esferas de governo para a gestão das ações de alimentação e nutrição (Diretriz 4), que funcione como indutora desse processo e das demais diretrizes, a implementação da PNAN de acordo com seu propósito torna-se mais desafiadora.

**Figura 1.** Diretrizes da PNAN (2013)



Fonte: Brasil, 2011.

Na prática, sob a Diretriz 4 estão os programas e ações ligados à alimentação e nutrição vigentes na saúde que devem ser implementados na APS, além de outras diretrizes que também a compõem, como a 2 – Promoção da alimentação adequada e saudável, a 3 – Vigilância alimentar e nutricional, e a 6 – Qualificação da força de trabalho. E é dito que devem ser “estruturas gerenciais que possibilitem a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição” (Brasil, 2013). Dentro do escopo de atividades que essa diretriz propõe, estão o conhecimento e o entendimento dos instrumentos de planejamento governamental, monitoramento e avaliação que foram abordados no item anterior.

Destacamos aqui uma das experiências premiadas no LIS, que buscou adaptar fichas dos sistemas de informação relacionados a alguns programas de alimentação e nutrição, visando melhorar os processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município de pequeno porte populacional, mas com um vasto território atendido por equipes ribeirinhas e fluviais.

Nesse sentido, a análise de como estão institucionalmente alocadas e organizadas as áreas técnicas de alimentação e nutrição (ATAN) nas secretarias de saúde, quais categorias profissionais lideram essas áreas e se há canais de comunicação entre esse nível de gestão e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) revela como estados e municípios priorizam a agenda da PNAN. Isso não significa que os demais pontos da RAS com foco em atenção nutricional devam estar, necessariamente, sob a responsabilidade da gestão das ações de alimentação e nutrição. Contudo, o que queremos destacar é que essa área deve assumir um papel de protagonismo. Conforme estabelecido pela própria PNAN, “espera-se que esses gestores promovam a implementação dessa política por meio da viabilização de parcerias e da articulação [intra-setorial e] interinstitucional” (Brasil, 2013).

Complementa-se aqui outro ponto: o gestor da APS, a quem normalmente a ATAN fica ligada institucionalmente, vivencia uma dicotomia na definição de profissional qualificado para a implementação das ações de alimentação e nutrição. Como essas ações são executadas “na ponta” por outras categorias profissionais e não por nutricionistas obrigatoriamente, por que deveriam priorizá-los para compor as equipes das ATAN? A

composição da coordenação da gestão das ações de alimentação e nutrição nas ATAN estaduais e municipais deve ter nutricionistas, pois organizar, coordenar, implantar, monitorar e avaliar a PNAN com suas diretrizes são atividades inerentes a essa categoria profissional (CFN, 2018a).

Aproveitando o ensejo, além da função institucional foco deste capítulo, por que se deve priorizar a inclusão de nutricionistas nas equipes eMulti? Embora a agenda de alimentação e nutrição possa ser responsabilidade de qualquer profissional qualificado e sensibilizado para sua importância na APS, o gestor deve estar atento à inserção de nutricionistas. Esse profissional é essencial não apenas para a educação permanente, mas também para garantir o acesso ao cuidado nutricional da população nesse ponto da RAS, ou seja, pelas equipes eMulti. Além disso, sua presença é fundamental em outros pontos da rede, como ambulatórios de referência secundária, hospitais e unidades de pronto atendimento, reforçando a integralidade do cuidado nutricional.

No nível de implementação das ações e programas na APS pela gestão das ações de alimentação e nutrição, além de conhecer e utilizar os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, bem como as fontes de financiamento disponíveis para essas ações, outras habilidades são essenciais para garantir a execução adequada dos recursos financeiros. Entre essas habilidades, destacam-se a elaboração de termos de referência, a definição de especificações técnicas e o entendimento sobre os investimentos permitidos, que são fundamentais para otimizar o uso dos recursos e assegurar a efetividade das políticas.

Dentre as atribuições desse gestor das ações de alimentação e nutrição na APS destacamos que devem: elaborar e implementar um plano de ação condizente com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, articulado com o plano de saúde; incluir as fontes dos recursos financeiros existentes para o seu desenvolvimento; abarcar ações de Educação Permanente em Saúde; utilizar os sistemas de informação relacionados à alimentação e nutrição, bem como a pactuação, monitoramento e avaliação dos indicadores a eles relacionados; fortalecer a participação e o controle social nessa temática; e promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária para implementação das ações de alimentação e nutrição (Brasil, 2013).

Como reflexões acerca de todos esses aspectos apresentados, a seguir elencamos resultados de alguns estudos que apontam as fragilidades e dificuldades dos gestores das ações de alimentação e nutrição em atender às suas atribuições.

Carvalho *et al.* (2021) trazem as dificuldades sobre a formação de gestores para a realização das ações de A&N no método de propagar o conhecimento, considerando as diferentes percepções dos profissionais que compõem a APS, nos recursos disponíveis para tal formação e na melhor forma de avaliar os processos de educação. O gerenciamento de políticas públicas e programas, na maior parte das vezes, envolve a escassez, histórica e recorrente, de recursos financeiros, físicos e técnicos.

Achados de Schönholzer *et al.* (2021) dizem que a falta de habilidade com os sistemas de informação pode ser vista como barreira no cotidiano dos profissionais, quando se trata de manter a qualidade dos dados. Outro estudo realizado por Pinheiro

(2016) apontou uma fragilidade importante vivenciada pelos gestores que foi a falta ou o número reduzido de qualificações para a utilização dos Sistemas de Informação da Saúde (SIS). Nesse estudo os gestores afirmaram que, em sua grande maioria, aprenderam sobre os SIS na prática do cotidiano de suas ações, afirmando que as qualificações eram subvalorizadas.

Segundo Mendes *et al.* (2020), as sobrecargas de trabalho decorrem de problemas gerenciais, como o excesso de demandas, a insuficiência de funcionários e jornadas de trabalho excessivas. Essas condições resultam em um desgaste físico e mental significativo, frequentemente manifestado em cansaço físico, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dores físicas e problemas emocionais, entre outros.

Pires *et al.* (2019) identificaram como fatores que dificultam o gerenciamento na APS a baixa autonomia dos gestores e a influência política na tomada de decisões no âmbito da saúde. Os autores afirmam que a autonomia nos processos decisórios está diretamente relacionada a questões políticas ou institucionais, sendo um fator determinante para a eficácia da atuação dos gestores.

Além desses aspectos, cabe destacar as lacunas na formação acadêmica para atuação na gestão das ações de alimentação e nutrição nas universidades, além da baixa oferta de educação continuada e permanente ofertada pelo SUS nessa área.

Outro aspecto a ser considerado é o baixo ou inexistente envolvimento desses gestores na construção de linhas de cuidado, que podem ser específicas para distúrbios nutricionais (como a obesidade) ou em interfaces com outras políticas de saúde.

Exemplos dessas políticas incluem aquelas voltadas à saúde de diferentes segmentos populacionais, promoção da equidade em saúde, vigilância em saúde e outras iniciativas de organização da atenção à saúde. A falta de participação dos gestores nesse processo compromete a integração e a efetividade dessas ações. Diante desse complexo cenário, podemos ver que houve muitos avanços nas políticas e programas de alimentação e nutrição, na articulação com as políticas de saúde, especialmente a APS, além das ações intersetoriais, com destaque para a SAN. Ao mesmo tempo, muitos desafios estão postos e ainda há muito por fazer para avançar nas ações de gestão, monitoramento e avaliação de alimentação e nutrição na APS.

### **Possibilidades e caminhos para avançar nas ações de gestão, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição na APS**

Ao abordar a gestão das ações de alimentação e nutrição, juntamente com sua interface com o monitoramento e a avaliação de políticas e programas, assim como o cuidado nutricional em si, é essencial levantar algumas reflexões que possam subsidiar debates e apontar novos caminhos. O campo da Alimentação e Nutrição é por sua natureza interdisciplinar e, apesar de tradicionalmente estar ligado ao setor saúde, existem processos de formulação e implementação considerando o campo da educação, agricultura, agroecologia, desenvolvimento social, SAN, entre outros. Isto traz a necessidade de ampliação do escopo, atuação e necessidades, requerendo atualização constante, assim como, a incorporação de termos e debates

para que este gestor das ações de alimentação e nutrição possa dialogar e realizar processos de articulação.

Com potencial para contribuir com essa necessidade, destaca-se a relevância dos debates que vão além das especificidades federais das políticas públicas. No Brasil, como país federativo, a atuação dos gestores é fortemente influenciada por discussões em organismos internacionais ligados ao sistema ONU, como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), cujas diretrizes são incorporadas aos documentos federais. No entanto, as particularidades estaduais e municipais, incluindo o entendimento e as prioridades dos gestores finalísticos das políticas, como secretários municipais e estaduais, prefeitos e governadores, também devem ser consideradas nesse diálogo local.

Seguindo a lógica dos entes federados e do princípio da descentralização das ações e serviços do SUS, refletimos sobre o papel de indução do nível federal aos níveis estadual e municipal para estruturação e institucionalização das ATAN, entendendo que esse espaço, por tudo que foi apresentado neste capítulo, é crucial para implementação da PNAN. Um exemplo bem-sucedido que poderia ser replicado para saúde foi a inclusão, por lei, do nutricionista como responsável técnico (RT) do Programa Nacional de Alimentação Escolar, o que obrigou todos os municípios do país a se adequarem (Brasil, 2019).

É certo que quantidade não significa qualidade. Portanto, essa indução precisa ser realizada em parceria com as universidades, o sistema do Conselho Federal de Nutrição e seus

Conselhos Regionais, além dos Conselhos de Saúde, visando à sensibilização dos gestores quanto à composição de equipes capacitadas para desempenhar as atribuições estabelecidas na Resolução CFN n.º 600/2018 (CFN, 2018a) e na própria PNAN.

As experiências do LIS A&N na Atenção Primária à Saúde (APS), no eixo dedicado ao tema deste capítulo, revelam diferentes perspectivas nas macrorregiões brasileiras quanto às demandas e à utilização de estratégias de planejamento e monitoramento. Essas estratégias visam qualificar os processos de cuidado individual e coletivo, bem como a gestão das ações de alimentação e nutrição nos âmbitos municipal e estadual. Observando o conjunto de cuidados em Alimentação e Nutrição que compõem a Atenção Nutricional no SUS trazidos na Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2022), outra reflexão que nos ocorre está relacionada ao escopo de ações induzidas pela PNAN, que poderiam ser ampliadas para os outros pontos da RAS. É comum nutricionistas que atuam em ambulatórios de especialidades ou em hospitais não se (re)conhecerem como integrantes dessa rede. Esse aspecto poderia ser incorporado, melhorando a comunicação e a continuidade do cuidado nutricional oferecido à população. Como dito anteriormente, espera-se do gestor das ações de alimentação e nutrição protagonismo na articulação intrasetorial, podendo ele ser um indutor desse processo, mas ressaltando-se que deve ter autonomia para tal.

Ainda considerando as especificidades estaduais e municipais sob a ótica da institucionalização, uma alternativa seria o desenvolvimento de políticas estaduais e municipais de

alimentação e nutrição. Embora uma das responsabilidades desses entes federados já seja “implementar a PNAN no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade” (Brasil, 2013), essa proposta teria como principal objetivo consolidar a política em nível local e garantir o apoio dos gestores para sua efetiva implementação. A PNAN impõe como um grande desafio a intersetorialidade dos agentes envolvidos no SUS.

Segundo Alves e Jaime (2014), embora cada ente federado possua autonomia política e financeira, para a garantia da atenção integral à saúde há a necessidade de responsabilização compartilhada, solidária e cooperativa entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Um aspecto que não podemos deixar de abordar é sobre os frágeis vínculos empregatícios de quem ocupa a posição de gestor das ações de alimentação e nutrição. Essa questão também aparece na experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco, premiada no laboratório, onde a pesquisa realizada mostra que 50% dos contratos são temporários. Aqui achamos importante trazer à reflexão desses profissionais o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, que delinea a nossa atuação profissional, apontando princípios, responsabilidades, nossos direitos e deveres (CFN, 2018b); e a própria PNAN, que por si só norteia o que deve ser escopo de ação, ambos servindo como base fundamentais para embasar seus planejamentos e recomendações.

A relação entre o desenvolvimento de políticas públicas e a melhoria da qualidade da saúde da população é amplamente reconhecida no setor de saúde. No entanto, esse reconhecimento nem sempre é devidamente valorizado. Por isso, é fundamental que a gestão em Alimentação e Nutrição compreenda a importância de aprimorar os sistemas de registro das informações relacionadas à alimentação, nutrição e à atenção primária. Além disso, é essencial apoiar continuamente o desenvolvimento de grandes pesquisas, como o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN). Não somente com uma cultura não saudável de registros isolados e dissociados das práticas de cuidado das equipes de saúde, citamos dois exemplos que ilustram bem duas dimensões desse processo. A nível macro, o CIDACS um centro de pesquisa da FIOCRUZ Bahia criado em 2016, faz um cruzamento de diversos bancos de registros administrativos formando assim uma coorte gigante. Essa instituição vem publicando dados que dialogam com políticas da APS, assim como programas de transferência de renda, a exemplo do Programa Bolsa Família.

Por sua vez, em nível micro, os protocolos de uso do Guia Alimentar do Ministério da Saúde apostam no uso do formulário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de consumo alimentar no processo de cuidado individual. Essas fichas preenchidas podem ser incorporadas e retroalimentar o sistema. A experiência premiada do município de Itajaí de Santa Catarina mostra a utilização do cruzamento de dois sistemas

de informação administrativos da Assistência Social (Cadastro Único) e do SUS (SISVAN) no processo de identificação de usuários para o Programa da Aquisição de Alimentos (PAA).

O campo de Alimentação e Nutrição avançou ao colocar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no centro dos programas. Com esses conceitos, houve a incorporação da intersetorialidade, entendida como o processo de articulação entre saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas. Esse processo estabelece vínculos, corresponsabilidade e cogestão para alcançar objetivos comuns (Brasil, 2014; Cruz; Barros; Vitorino, 2023). Cavalcanti e Cordeiro (2015) referem que a intersetorialidade contribui de forma importante para a efetividade e eficiência no setor saúde, proporcionando uma abordagem mais complexa dos problemas de uma forma geral. Ainda nesse sentido, Garbin e Pintor (2019) constataram em seu estudo que a intersetorialidade, por mais que não ocorresse de forma eficiente, foi entendida pelos respondentes como reconhecimento de prática integrada de trabalho em equipe, considerando que o setor saúde, sozinho, não é capaz de implementar práticas de promoção da saúde, uma vez que estas estão envolvidas com os determinantes sociais da saúde.

Oliveira e colaboradores (2020) analisaram documentos oficiais produzidos nacionalmente e publicados entre 2003 e 2019 acerca do monitoramento e avaliação da SAN. Destacaram o papel de instâncias colegiadas e da sociedade civil, como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional e

as Conferências Nacionais de SAN na construção de mecanismos de monitoramento e avaliação. Mas ressaltaram que as articulações intersetoriais e a descentralização das ações são os principais desafios, pois tendem a fragilizar-se dependendo dos contextos políticos (Oliveira *et al.*, 2020 apud Cruz, 2023).

No âmbito do SUS, já foi mencionado sobre seus espaços de participação e deliberação. Nesse sentido, reforçamos o quão importante é que o gestor das ações de alimentação e nutrição participe e acione as instâncias de gestão e governança do SUS, com intuito de promover a implementação, monitoramento e avaliação da PNAN, seus programas e ações. Da mesma forma, deve-se ocupar essas instâncias do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Esses são espaços legitimados que foram conquistados, logo, devem ser utilizados, também, para institucionalizar a política, programas e ações de alimentação e nutrição, assim como reduzir os riscos de desmobilizar os avanços alcançados.

Concluimos que as experiências do LIS A&N na Atenção Primária à Saúde (APS), no eixo de Gestão, Monitoramento e Avaliação das ações de Alimentação e Nutrição, evidenciam a relevância e a força desse tema na preservação da PNAN e de programas relacionados. Essas experiências são essenciais para a efetivação da descentralização, concebida aqui do macro ao micro, ou seja, desde os entes federados até a APS, que atua como coordenadora do cuidado no SUS.

## Referências

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4331-4340, 2014.

BORGHI, C. M. S. de O.; OLIVEIRA, R. M. de; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869-897, set. 2018.

BORTOLINI, G. A. et al. Perspectivas atuais da Política Nacional de Alimentação e Nutrição: no contexto da pandemia de COVID-19. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 17, e65611, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2022.65611>. Acesso em: 15 de junho de 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999**. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710\\_10\\_06\\_1999.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html). Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm). Acesso em: 15 de junho de 2024.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. PPA: o que não é o que pode ser. In: **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, n. 20, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4121>. Acesso em: 02 de janeiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz**. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

CASTRO, J. L. *et al.* A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 32, supl. 2, e230491pt, 2023.

CARVALHO, M. F. C. C. *et al.* Avanços e desafios da formação e qualificação dos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-9, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. 2018a.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018**. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. 2018b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CRUZ, M. M.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. (Org.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023.

FAGUNDES, A. A.; DAMIÃO, J. J.; RIBEIRO, R. C. L. Reflexões sobre os processos de descentralização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos seus 20 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00038421, 2021.

FREITAS, M. P. *et al.* Constrangimentos e incentivos financeiros para a prevenção e o controle da obesidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, Abr 2024.

GARCIA, P. T; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís: EDUFMA, 2016a.

GARCIA, P. T; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís: EDUFMA, 2016b.

GARBIN, A. D. C.; PINTOR, E. A. S. Estratégias de intra e intersetorialidade para transversalizar a saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e18, 2019.

GASPARINI, M. F. V.; BIGONI, A.; MEDEIROS, M. A. T.; FURTADO, J. P. Práticas de avaliação no campo da Alimentação e Nutrição. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 391-407, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Texto para discussão 2879: **Prioriza SUS**: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental. Brasília: Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12028/1/TD\\_2879\\_web.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12028/1/TD_2879_web.pdf). Acesso em: 02 jan. 2024.

MENDES, M. *et al.* Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 656-664, 2008.

PIRES, D. E. P. *de et al.* Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180216, 2019.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

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

SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SCHÖNHOLZER, T. E. *et al.* Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3447, 2021.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 275 p.

VIEIRA, F. S.; LIMA, L. D. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 123, 2022.

# Capítulo 17

## PROMOÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DA APS: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

### Primeiras notas

A segurança alimentar e nutricional (SAN) é um direito fundamental de todas as pessoas, que visa garantir o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, oriundos de uma produção sustentável, livres de substâncias prejudiciais à saúde, em quantidades que atendam às necessidades nutricionais dos indivíduos. Esses alimentos devem ser culturalmente apropriados e economicamente acessíveis, promovendo a saúde e a nutrição (Brasil, 2006). Assim, a SAN representa a concretização de um dos direitos mais essenciais do ser humano: o direito à alimentação adequada e saudável. Devido à natureza intersetorial da SAN, o alcance dessa condição requer um conjunto de intervenções públicas e o compartilhamento de compromissos e responsabilidades na sua promoção, defesa e proteção. Estes, por sua vez, fluem com mais facilidade quando há decisão política, financiamento, sensibilidade de gestores e profissionais envolvidos(as) e ou quando são instituídos formalmente.

Ademais, a participação ativa da sociedade nas três esferas federativas é um importante catalizador desses compromissos e da sua concretização.

Após um extenso debate sobre o tema, com significativa contribuição da sociedade, especialmente durante a 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), realizada em 2004, o Brasil, com apoio político, reconheceu que a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) exigia a integração de políticas, programas, ações e os setores responsáveis. Esse reconhecimento culminou com a institucionalização do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) em 2006, cujos pilares fundamentais são a intersetorialidade e a participação social (Brasil, 2006).

A instituição da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), a adesão ao SISAN por todos os estados brasileiros e por vários municípios, e a elaboração dos Planos de SAN nos três entes federativos demonstram os avanços obtidos na busca pela concretização do DHAA e na SAN no país. Nesse interim, a articulação entre sistemas que apresentam princípios e diretrizes bastante convergentes, em especial SISAN, Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tem sido debatida há algum tempo e vem sendo aprimorada.

Em geral, as políticas públicas concernentes à SAN são formuladas e financiadas no nível federal para serem implantadas, com o apoio da esfera estadual, nos diversos territórios. Nesse sentido, os entes federativos, especialmente os municípios, devem se comprometer com a implementação dessas políticas, reconhecendo a alimentação adequada e saudável como um

direito de todas as pessoas, em suas duas dimensões inerentes: estar livre da fome e ter acesso a alimentos saudáveis. É necessário adotar medidas locais que promovam a realização desse direito, precedidas pela articulação entre os órgãos responsáveis pela Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Essa organização prévia para o desenvolvimento de ações intersetoriais deve contemplar a elaboração de planos, protocolos, termos de cooperação ou congêneres que demonstrem o compromisso conjunto entre os órgãos responsáveis pela SAN no território. Tais instrumentos podem ser elaborados no âmbito e para uso da gestão, da atenção ou da assistência das diversas áreas. De uma forma geral, são documentos que, considerando um determinado cenário, descrevem as intervenções necessárias, as responsabilidades compartilhadas entre órgãos/setores afins, o fluxo de pessoas e de informações entre eles, e podem apontar os resultados esperados.

A formalização dessas responsabilidades conjuntas fornece respaldo político, facilita a captação de recursos para a sua execução, fomenta e fortalece os vínculos entre áreas e pessoas envolvidas. Por isso, é importante que elas estejam claramente inseridas em normativos locais, como planos municipais de saúde, de educação, de SAN, da agricultura e outros correlatos (Alberto; Vitorino; Barros, 2023). Igualmente importante é estabelecer mecanismos de comunicação entre os órgãos corresponsáveis, para garantir os fluxos necessários e facilitar a concretude à intervenção pretendida.

Apesar de o planejamento de ações ocorrer frequentemente em um contexto institucional, devido à função social desses

espaços de implementar políticas públicas, ele não pode dispensar a participação de agentes sociais. Esses agentes possuem legitimidade constitucional para informar sobre a realidade social em que vivem, apresentar suas demandas e opinar sobre o tipo e a forma de intervenção mais adequada para o cenário local. Nesse contexto, a intersectorialidade participativa emerge de forma mais natural entre gestores(as) e profissionais influenciados pelo campo da sociologia, onde, segundo Valente (2020), a dialética e a compreensão das limitações e responsabilidades dos membros de um coletivo são parte integrante das práticas cotidianas.

### **A intersectorialidade necessária à SAN nos territórios**

A transversalidade e a importância da alimentação e nutrição adequadas para a qualidade de vida das pessoas e, por outro lado, o cenário indigesto da insegurança alimentar e nutricional registrado no país nas últimas décadas (Rede PENSSAN, 2022; 2022a; Brasil, 2022; 2023; IBGE, 2024), impõem que a SAN esteja entre as pautas prioritárias em campos diversos, seja na prevenção, seja no enfrentamento dos agravos a ela relacionados. No que se refere às consequências físicas e psicológicas da insegurança alimentar, é no setor da saúde que elas são, prioritariamente, identificadas, tratadas e acompanhadas.

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o campo mais fértil para a promoção de SAN, devido ao seu papel de coordenadora da atenção à saúde, à sua capilaridade nos municípios e por ser a principal porta de entrada ao SUS nos territórios (Alberto, 2021; Bortolini *et al.*, 2020; Spina *et al.*,

2018). Ademais, é nesse componente do SUS que se encontram profissionais generalistas e especialistas em Saúde da Família e Comunidade, que estão potencialmente mais inclinados(as) às ações de saúde pública e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), além da atuação intersetorial. Essa inclinação pode estar relacionada à própria natureza da Estratégia Saúde da Família, que atua levando em consideração o contexto social e a diversidade de determinantes que influenciam o binômio saúde-doença. A promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na Atenção Primária à Saúde (APS) está alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e é parte integrante do cuidado nutricional. Esse cuidado abrange a promoção de uma alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de distúrbios nutricionais, além da regulação da qualidade dos alimentos, entre outras ações, que se somam às demais iniciativas de saúde em uma concepção de rede de atenção (Brasil, 2013).

Sendo a APS o componente do SUS mais capacitado para promover a saúde e a SAN, é essencial que ela defenda e estimule ambientes alimentares saudáveis em diversos espaços com potencial para tal. Esses ambientes possibilitam a adoção de práticas alimentares adequadas, protegendo os indivíduos de agravos nutricionais e suas consequências, seja pelo excesso ou pela escassez de alimentos.

A criação do SISAN no Brasil estabeleceu uma estrutura intersetorial a fim de garantir condições de acesso a ambientes alimentares saudáveis, por meio de políticas públicas articuladas

em convergência com esse objetivo. Entre avanços, recuos e grandes desafios, esse sistema tem favorecido e aprimorado uma cultura de trabalho compartilhado, com integração de órgãos aptos a apoiar a SAN, no qual a APS tem dado significativas contribuições sendo, muitas vezes, a principal propulsora dessa atuação conjunta e dela participando com maestria. Entretanto, mediante a responsabilidade compartilhada com a SAN, é necessário que tais responsabilidades sejam desenvolvidas também fora do setor Saúde, como na Assistência Social, na Educação e na Agricultura, além de vários outros que também têm atribuições explícitas ou não para a consecução desse direito.

Reconhecer a complexidade da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a necessidade de ações sistêmicas, bem como intervir para sua realização a partir do nível local, é uma responsabilidade federativa. Isso envolve não apenas a gestão, por meio da implantação de políticas públicas articuladas, mas também a sociedade, que deve participar ativamente da formulação e monitoramento dessas intervenções. A gestão municipal desempenha um papel central na promoção da SAN, ao cumprir suas macrorresponsabilidades com a qualidade de vida da população. Isso inclui, entre outros aspectos, o estabelecimento de ambientes alimentares que promovam a saúde e a SAN, seja em espaços públicos, escolas ou locais de trabalho, a implementação de políticas de proteção social, a articulação intersetorial e a previsão orçamentária para a execução de programas e ações relacionados (Alberto; Vitorino; Barros, 2023).

## Iniciativas intersetoriais possíveis a favor da SAN

O Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS A&N na APS) permitiu identificar e divulgar importantes iniciativas intersetoriais para a promoção da SAN no âmbito dos territórios. A integração entre as ações da APS e as hortas comunitárias é uma prática promissora de acesso à informação por agricultores (as) familiares sobre a qualidade dos alimentos e a sua contribuição para a saúde e para a SAN, bem como, amplia a aquisição de produtos saudáveis, inclusive, por grupos socialmente vulnerabilizados. Essa ação ainda tem o potencial de orientar os fluxos de produção das hortas comunitárias e fortalecê-las como equipamento público de enfrentamento à insegurança alimentar e a outras mazelas sociais, como a baixa renda, seja de agricultoras e agricultores, seja de seus e suas clientes.

A implantação de programas como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), vinculado à área da Agricultura, o de Cozinhas Solidárias (Brasil, 2023a), o de Cestas Básicas (Brasil, 2024) e o de Restaurantes Populares (Brasil, 2004), geridos pela Assistência Social, foram formulados sob os princípios da alimentação adequada e saudável, explicitados nos Guias Alimentares do SUS (Brasil, 2014; 2019). Esses são exemplos concretos do exercício intersetorial necessário para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com a participação do setor Saúde, especialmente da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Bezerra *et al.* (2020), tais programas foram concebidos como eixos estruturantes para garantir o acesso aos alimentos, ampliando as possibilidades de aporte calórico

e nutricional, essencial para o crescimento e desenvolvimento das crianças e para a vitalidade na vida adulta.

As mesas de diálogo entre órgãos públicos e organizações da sociedade civil têm mostrado um forte potencial para viabilizar o cumprimento de normativos legais que assegurem, no ambiente escolar, a oferta de alimentos saudáveis e práticas alimentares adequadas às culturas de povos originários e tradicionais, como indígenas, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas, caiçaras, entre outros. Além disso, essas iniciativas contribuem para desburocratizar os processos de compras públicas da produção desses grupos, promovendo a inclusão e valorização das suas práticas alimentares.

A execução do Programa Bolsa Família de forma compartilhada entre os setores Saúde, Educação e Assistência Social prevê para a APS o acompanhamento das condicionalidades referentes à saúde das pessoas beneficiadas com a transferência de renda, bem como ações de promoção da saúde e da alimentação saudável (Brasil, 2023b) na perspectiva de contribuir para a qualidade de vida e emancipação das famílias envolvidas. Além das ações específicas, a APS participa do compartilhamento da gestão do programa, demonstrando a capacidade e a importância desse setor para o enfrentamento à insegurança alimentar.

O desenvolvimento de ações de saúde nas unidades de ensino, potencializado pelo Programa Saúde na Escola (Brasil, 2007), demonstra a pluralidade de espaços onde a intersetorialidade pode ser exercida. A escola é um ambiente estratégico para a APS e muito favorável à promoção de SAN, que pode ser realizada no espectro do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Brasil, 2009), por exemplo, com ações de vigilância e proteção do perfil

alimentar e nutricional dos(as) estudantes, bem como, com ações de educação alimentar e nutricional, as quais visam a contribuir com a autonomia das pessoas desde a aquisição, o preparo até o consumo de alimentos saudáveis.

Mais recentemente, na perspectiva da SAN, foi atribuída à APS a triagem do risco de insegurança alimentar (TRIA), que consiste na aplicação de um instrumento de duas questões selecionadas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, capaz de detectar individualmente, famílias em situação de risco desse agravo (Brasil, 2022a). A TRIA integra os sistemas de saúde e de assistência social, pois ao identificar a situação de risco entre as famílias atendidas, a APS encaminha os casos para equipamentos públicos de SAN e para os Centro de Referência da Assistência Social locais, ampliando as chances de proteção social e agilizando o atendimento às famílias em risco alimentar. Esse encaminhamento não implica descontinuidade no atendimento pelo SUS, onde, especialmente as crianças, devem ser contempladas por programas de alimentação e nutrição que previnam carências nutricionais.

Carvalho *et al.* (2022), que validaram a TRIA para aplicação na população e em estratos populacionais específicos, consideram-na um instrumento de rápida aplicação e interpretação e, por isso, fácil ser incorporada como rotina nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive nas visitas domiciliares, bem como compor o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Brasil, 2022a). A TRIA também se mostrou capaz de identificar consequências alimentares adversas, como redução da compra de alimentos (Poblacion *et al.*, 2021). Estes achados revelam o grande potencial da TRIA de articular setores afetos

à SAN, como a APS e a Assistência Social e, por conseguinte, de aprimorar a gestão local da SAN, a partir do aperfeiçoamento do monitoramento, do planejamento e da implementação de programas e políticas públicas promotoras da SAN.

A integração de indicadores sociais e de saúde a partir dos sistemas e registros oficiais é uma ação estratégica para identificar vulnerabilidades simultâneas entre famílias de um mesmo território e orientar intervenções necessárias ao cenário. Identificar pessoas com distúrbio nutricional, por meio do SISVAN, e ou em risco de insegurança alimentar a partir da TRIA no âmbito da APS e fazer o cruzamento de dados com as que se encontram em vulnerabilidade social, por meio do Cadastro Único da Assistência Social, pode apontar as pessoas/famílias prioritárias para serem inseridas em programas sociais que visam incidir sobre a insegurança alimentar.

Entretanto, para a APS desenvolver esse conjunto de ações promotoras da SAN de forma articulada com outros órgãos, fazem-se necessárias gestão e logística de funcionamento adequadas à realidade local (Alberto, 2021). Para a implementação da intersectorialidade é salutar dispor-se de um ambiente propício no território, tendo em vista que a promoção da SAN é uma responsabilidade legal da gestão, a qual, com o devido apoio, deve ser desdobrada na atuação de equipes multiprofissionais de setores diversos, no cotidiano do trabalho.

Nesse sentido, é importante reconhecer a forte influência que os contextos externo e interno exercem sobre a implantação e a execução de políticas e programas no território, seja no âmbito da gestão, da assistência, ou sobre os resultados

esperados (Alberto, 2021). O contexto externo refere-se a elementos, fatores e cenários que fogem dos limites de um território, como indicadores socioeconômicos e demográficos, macroorganização socioassistencial, sistema alimentar global, pandemias, mortalidade entre outros (Champagne *et al.*, 2011; 2011a). O contexto interno, político-organizacional, diz respeito à atuação da gestão, e envolve três elementos interligados, formando o “triângulo de governo”, a saber: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade (Matus, 1997). A depender da coerência interna destes componentes, pode-se alcançar ou não, mais ou menos, o sucesso das intervenções sociais no território.

Para que a APS tenha êxito na articulação intersetorial a favor da promoção da SAN é salutar que o território disponha de um plano de governo que expresse, claramente, a intencionalidade da gestão local e as medidas políticas, financeiras e administrativas que serão adotadas para que a SAN seja objeto transversal no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e dos demais setores afetos à causa. Ademais, a gestão precisa possuir capacidade de governo para a devida execução do plano, ou seja, possuir habilidades, técnicas, métodos e tecnologias capazes de apoiar essa atividade, como coordenar as intervenções, o pessoal e os serviços a ela relacionados. Por último, não necessariamente nesta ordem, a gestão precisa ter governabilidade, o que implica deter potencial de tomar decisões acertadas mediante as demandas que se apresentam e articular agentes envolvidos nas esferas interna e externa ao território.

## Considerações finais

A instalação do LIS A&N na APS se mostrou uma iniciativa importante para mapear e socializar feitos intersetoriais que fortalecem a SAN no âmbito dos territórios a partir ou com efetivo envolvimento da APS. Esse conjunto de estratégias articuladas reforça o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como a grande articuladora de ações intersetoriais nos municípios. Essas ações abrangem a prevenção, investigação e cuidado dos riscos ou agravos à saúde e nutrição que afetam a população, além do encaminhamento de casos para outros sistemas públicos capazes de dar continuidade à atenção necessária, sempre com foco na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Registra-se a ausência de experiências que envolvam ou fortaleçam a participação social, um direito constitucional que, quando exercido, enriquece todas as etapas, desde o planejamento até a execução de políticas públicas. Afinal, são as vozes locais que vivenciam as demandas da atenção integral, expressando reivindicações e propostas com base no que necessitam e no que é viável e oportuno em suas realidades.

Outra percepção de destaque é que ações intersetoriais pró SAN que contemplem povos originários e comunidades tradicionais ainda são tímidas no espectro da APS, o que merece ser revisto no sentido de identificar e romper as barreiras que provocam distanciamento desses grupos dos serviços e das ações de saúde e de SAN. Essas barreiras, muitas vezes associadas ao preconceito étnico historicamente enraizado no país desde a colonização, podem manifestar-se tanto pela ausência de

assistência nos territórios indígenas quanto pelo desrespeito às práticas de cuidados de saúde inerentes à sua cultura. Esses fatores constituem riscos para o adoecimento, complicações e mortes que poderiam ser prevenidas. Alguns desafios vislumbrados que podem comprometer a promoção intersetorial da SAN a partir da APS são: limitação ou baixa incorporação de profissionais do setor para a promoção de SAN, seja por pouco conhecimento, baixa sensibilidade para a pauta ou por considerar uma sobrecarga de trabalho; falta de apoio político, logístico e/ou financeiro da gestão municipal para o desenvolvimento das ações interssetoriais; a incipiente formação para o exercício da intersetorialidade, o que dificulta ou impede essa prática entre servidores(as) públicos(as), especialmente, pessoas veteranas; planejamento de ações sem a participação social, entre outros.

Entretanto, é cabível reconhecer e valorizar o papel e o potencial da APS na articulação intersetorial para a promoção da SAN nos territórios. Essa prática mostra-se estratégica, viável e promissora, apesar de desafiadora. É estratégica porque possibilita ampliar o diálogo acerca da SAN em setores corresponsáveis por sua garantia; aumentar o acesso a informações sobre alimentação saudável para públicos diversos, especialmente os mais vulnerabilizados; identificar risco ou situação de IA e realizar articulações com a assistência social, entre outras vantagens. É viável devido à capilaridade da APS, à sua responsabilidade com a integralidade do cuidado, à sua atuação interdisciplinar e territorializada e vínculo possível estabelecido com usuárias e usuários do SUS. É promissora porque, diante do cenário de insegurança alimentar e nutricional

vigente no país e a forte influência do sistema alimentar global sobre a produção e o consumo de alimentos, agir intersetorialmente favorece a incidência conjunta, diversificada e concomitante à realização da SAN.

## Referências

ALBERTO, N. S. M. C. **Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no Piauí**: um estudo de avaliabilidade. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

ALBERTO, N. S. M. C.; VITORINO, S. A. S.; BARROS, D. C. Modelização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde no Piauí: uma construção compartilhada. In: CRUZ, M. M.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. (Org.). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição**: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, 2020.

BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, p. 1-8, 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual Programa Restaurante Popular**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN – com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília:

Presidência da República, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insegurança alimentar na atenção primária à saúde**: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 14.628, de 20 de julho de 2023**. Institui o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Cozinha Solidária; altera as Leis nº 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.133, de 1º de abril de 2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos); e revoga dispositivos das Leis nºs 11.718, de 20 de junho de 2008, 11.775, de 17 de setembro de 2008, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Brasília: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 12.601, de 19 de julho de 2023**. Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023. Brasília: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 11.936, de 5 de março de 2024**. Dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 mar. 2024, Edição 45, Seção 1, p. 1.

CARVALHO, R. E. S. *et al.* Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, e00239521, 2022.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BRUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 41-60, 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 61-74, 2011a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Segurança Alimentar 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, v. I, 1997.

POBLACION, A.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; COOK, J.; TADDEI, J. A. A. Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, e00132320, 2021.

REDE PENSSAN. **II Vigisan – Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil**. São Paulo: **Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN**, 2022.

REDE PENSSAN. **II Vigisan – Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil**. Suplemento I: Insegurança Alimentar nos estados. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022.

SPINA, N. *et al.* Nutricionistas na atenção primária no município de Santos: atuação e gestão da atenção nutricional. **Demetra**, v. 13, n. 1, p. 117-134, 2018.

VALENTE, G. Entre a sociologia da socialização e a sociologia pragmática: desafios para pensar as práticas docentes. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 41, e223387, 2020.

# Capítulo 18

## PERSPECTIVAS PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DA GESTÃO FEDERAL

Juliana Gonçalves Machado  
Carla Caroline Silva dos Santos  
Ana Carolina Feldenheimer da Silva  
Janne Ruth Nunes Nogueira  
Kelly Poliany de Souza Alves

### Introdução

A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou esse espaço de práticas de cuidado em saúde o mais capilarizado em todo o país. A inclusão desses serviços nos territórios em que vivem as pessoas, torna a APS um lócus estratégico de desenvolvimento de soluções inovadoras para superação de desafios assistenciais e implementação de mudanças para a resolução de lacunas no SUS (Ranzi *et al.*, 2021), aqui destacando as práticas de cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada inicialmente em 1999 e atualizada em 2011, completa 25 anos em 2024, consolidando-se como uma ferramenta estratégica

para o fortalecimento do SUS como um sistema público de proteção social, comprometido com o direito humano à saúde e à alimentação adequada (Jaime *et al.*, 2018). A implementação da PNAN ocorreu em paralelo à consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, sendo influenciada pelos contextos político-institucionais dos diferentes governos ao longo desse percurso. Esses contextos definiram as estratégias prioritárias adotadas pelo Ministério da Saúde para promover a implementação da política nos estados e municípios (Alves *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde (MS) tem papel protagonista no processo de formulação das políticas de saúde no Brasil e utiliza mecanismos de indução, incluindo incentivos financeiros e apoio técnico-institucional, para fomentar práticas e padrões de serviços desejáveis no sistema de saúde. Com a definição da governança tripartite do SUS, esse protagonismo precisa ocorrer em cooperação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Todavia, no cotidiano dos diferentes territórios brasileiros, as relações entre gestores(as), profissionais e usuários(as) do SUS são, de fato, o que ditam as resoluções dos problemas do dia a dia, estejam elas vinculadas ou alheias às políticas instituídas no âmbito federal.

Para que essa implementação seja efetiva e gere um impacto positivo na vida da população, é fundamental que gestores e profissionais locais executem ações baseadas nas diretrizes pactuadas de forma tripartite em âmbito nacional. No entanto, também é crucial que estejam capacitados para

adaptar ou desenvolver alternativas que atendam às demandas locais, considerando aspectos culturais, a disponibilidade de recursos financeiros e de profissionais, a presença de equipes multiprofissionais e a possibilidade de cooperação intersetorial com os equipamentos sociais presentes nos territórios atendidos pelas equipes de APS, entre outras particularidades.

O atual cenário apresenta avanços e desafios. Os avanços nem sempre são facilmente reconhecidos e celebrados, mas existem e precisam ser compartilhados e valorizados, tal como os desafios precisam ser expostos e problematizados para que sejam superados. Nessa perspectiva, entendemos que uma alternativa é a cooperação horizontal, quando gestores e profissionais se inspiram com as soluções apresentadas por pares que vivem os mesmos desafios, mas em realidades distintas.

Iniciativas como as promovidas pelo Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (LIS A&N na APS) facilitam a troca de informações sobre como os desafios são enfrentados e os avanços na implementação da PNAN. Essas iniciativas permitem que experiências locais sejam compartilhadas, inspirando outros gestores e profissionais, o que, por sua vez, potencializa as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nos territórios. Este capítulo tem como objetivo refletir, com base nas experiências do LIS A&N na APS, no cenário de saúde e nutrição da população brasileira e nos movimentos de gestão do Ministério da Saúde a partir de 2023, sobre as possibilidades de avanço na implementação de cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde.

## Reflexões a partir das experiências do Laboratório de Inovações em Alimentação e Nutrição na APS

São muitos os desafios enfrentados na APS para que os cuidados em alimentação e nutrição aconteçam de acordo com os princípios e diretrizes da PNAN. Contudo, também há janelas de oportunidade para ofertar esses cuidados à população, nas quais profissionais e gestores pensam soluções criativas a partir da leitura crítica e reflexiva da realidade. Essas soluções serão aqui chamadas de “inovações”.

O conceito de “inovação”, muitas vezes é entendido como uma nova geração de ferramentas e equipamentos tecnológicos para um procedimento delicado. Mas a inovação também inclui o aperfeiçoamento do ambiente com novos serviços e processos para ganho da qualidade do desempenho (Brasil, 2016). Novas ferramentas de gestão, novos arranjos assistenciais baseados na realidade local (entraves e possibilidades dos territórios), parcerias com equipamentos sociais disponíveis, entre outras, fazem a diferença no desenvolvimento dos cuidados em alimentação e nutrição na APS. Por mais que as equipes de saúde não percebam, esses movimentos são inovações, e são importantes para a reorientação da gestão, das práticas e dos investimentos técnico, científico e até financeiro em saúde (Ranzi *et al.*, 2021).

As inovações são importantes para romper a perspectiva biomédica do cuidado, ainda perpetuada na APS. Tanto na formação dos profissionais como nos serviços de saúde, as práticas assistenciais replicam o modelo médico-centrado, focado no tratamento e na doença (Barros *et al.*, 2020; Rocha; Calheiros; Wyszomirska, 2023).

Embora os atributos da APS orientem o cuidado com foco na centralidade da família, na orientação comunitária e na competência cultural, é comum observar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) práticas contraditórias, como: a prescrição padronizada de orientações alimentares centradas em doenças e nutrientes; atividades coletivas baseadas em palestras impositivas e com pouco diálogo sobre a alimentação em sua dimensão social; e o “dia do mutirão” de pesagem de crianças e famílias vinculadas a programas de transferência de renda, entre outras. Há questões estruturais que dificultam alterar esta rotina de práticas instituída em muitas UBS, como o alto número de pessoas acompanhadas por cada equipe de saúde, a rotatividade de profissionais, a infraestrutura deficiente e a insegurança nos territórios. Contudo, também há experiências que quebram esta rotina e geram inovações, como as selecionadas neste LIS A&N na APS.

As experiências apresentadas neste livro mostram inovações tanto na oferta de cuidados à população quanto no âmbito da gestão, partindo de ferramentas e/ou estratégias utilizadas comumente pelas equipes de saúde, como grupos de convivência, educação alimentar e nutricional nas escolas e registros de acompanhamento da vigilância alimentar e nutricional. O diferencial delas foi o caminho traçado em busca da garantia da atenção nutricional, como diferentes formas de engajar a comunidade em atividades, criatividade nas metodologias participativas para atividades coletivas, capacidade de adaptação do fluxo do registro de indicadores de alimentação e nutrição para a realidade local.

As experiências revelam diversos elementos inovadores que podem fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e os cuidados em alimentação e nutrição. Destaca-se que essas inovações surgem do conhecimento profundo do território onde o serviço de saúde está inserido e da população adstrita. As autoras e autores utilizam o entendimento sobre os espaços que podem ser ocupados, a articulação com organizações e pessoas estratégicas que possuem habilidades e conhecimentos complementares aos da equipe de saúde, bem como a cooperação com outros serviços do território, como assistência social, educação e assessoria técnica e extensão rural, para ampliar e fortalecer ações que antes eram restritas ao setor de saúde.

Alicerçando-se na territorialização, fundamento que deve estar na rotina das equipes de saúde da APS com apoio da gestão, permite identificar oportunidades de ações que extrapolam a perspectiva assistencial. Quanto mais a equipe de saúde está integrada à realidade, mais possibilidades são percebidas e oportunidades são geradas (Pessoa *et al.*, 2013).

Junto ao conhecimento do território, o conhecimento técnico das categorias profissionais envolvidas nas equipes tem grande diferencial na construção das experiências. O diálogo multiprofissional e interdisciplinar e as práticas colaborativas são elementos-chave para a organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde, principalmente na APS. Esse compartilhamento promove uma postura proativa e diferenciada, que provoca maior interesse dos usuários e impacta positivamente o cuidado continuado dos mesmos (Marques *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a inserção de equipes multiprofissionais, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominadas Equipes Multiprofissionais (e-Multi), amplia a capacidade de realizar ações de cuidado integral, especialmente quando se tem profissionais que compreendem e colocam em prática os atributos da APS. No mesmo caminho, a presença de nutricionistas nestas equipes fortalece a execução da agenda de alimentação e nutrição nos territórios.

Salienta-se que o compromisso com as ações de alimentação e nutrição deve ser de todos os profissionais que compõem as equipes de APS e não apenas de nutricionistas. A utilização de materiais técnicos é uma forma de subsidiar outros profissionais e gestores de saúde para a realização dessas ações. Um desses materiais é a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição, a qual foi destacada durante a construção do LIS A&N na APS, que apresenta um conjunto de elementos essenciais e mobilizadores para organizar e garantir uma melhor oferta de cuidados em alimentação e nutrição para a população sob sua responsabilidade, enquanto parte da atenção integral à saúde (Brasil, 2022). Esse e outros documentos publicados pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde e por universidades visam apoiar e qualificar a capacidade técnica de gestores e das equipes de saúde.

Contudo, a diversidade dos cenários da APS no Brasil é tão vasta que não pode ser completamente contemplada em um material de âmbito nacional. Entende-se que as orientações não serão seguidas exatamente como estão descritas, mas sim, elas estabelecem parâmetros baseados em evidências para orientar a

execução, visando aprimorar a oferta de ações e serviços de saúde à população. Por essa razão, é essencial que profissionais e gestores locais adaptem o conhecimento contido nesses documentos à realidade de seus territórios.

Dessa maneira, é essencial ter pessoas com perfil de liderança para inovar e fortalecer a agenda de alimentação e nutrição na APS. Essas pessoas impulsionam a agenda e fazem a diferença para implementá-la, devido à sua capacidade de pensar estratégias sistêmicas para resolver problemas complexos, construindo pontes quando as ações são fragmentadas (Davari; Rashidi; Baartmans, 2015; Gillespie; Menon; Kennedy, 2015). Pode-se dizer que as experiências inovadoras apresentadas neste livro foram construídas por lideranças que pensaram as possibilidades disponíveis a partir do conhecimento do território, e propuseram e executaram por meio de alternativas criativas.

Promover momentos de compartilhamento de experiências inovadoras entre gestores e profissionais do SUS é uma forma de estimular e mobilizar essas lideranças e suas equipes para desenvolver novas práticas assistenciais e organizacionais que potencializam o cuidado junto à população nos territórios (Almeida; Pereira; Silva, 2022). Logo, viabilizar espaços de diálogo entre profissionais e gestores pode favorecer a defesa da integralidade do cuidado e qualidade no serviço prestado, impactando na resolutividade da APS e qualidade de vida dos usuários (Brandão, 2020; Pires *et al.*, 2020).

Entre as experiências do LIS A&N na APS, algumas se destacaram por proporcionar a relação entre o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o SISAN (Sistema Nacional

de Segurança Alimentar e Nutricional), articulando serviços ou programas de modo a construir pontes para o cuidado à saúde, garantia de direitos e à segurança alimentar e nutricional. Essa integração é benéfica, pois, embora as ações se organizem por setores – saúde, assistência social, educação –, os sujeitos das ações são os mesmos: cidadãos/cidadãos.

As ações intersetoriais são necessárias porque a alimentação é determinada por fatores que extrapolam o setor saúde e a escolha individual. Por isso, engajar profissionais, gestores e usuários(as) na mudança do ambiente alimentar do território aumentará as chances de garantia do cuidado integral à saúde da população no âmbito da APS. Promover espaços de diálogos e articulações intersetoriais é o caminho para realizar ações mais completas e com maior potencial de mudança de cenários. É preciso compreender que as ações intersetoriais integradas vão proporcionar a efetivação de diversos direitos de maneira sinérgica (direito à alimentação adequada e saudável, à saúde, ao trabalho, à moradia, à assistência social, à educação, entre outros).

### **Novas trilhas para avançar na implementação de cuidados em alimentação e nutrição na APS**

O cenário alimentar e nutricional da população brasileira congrega há décadas a complexidade das múltiplas formas de má nutrição. Essa coexistência de diferentes formas de má nutrição é uma problemática que não se restringe ao Brasil (Popkin *et al.*, 2020). Nos últimos anos, especialistas desenvolveram novas

análises que apontam que o mundo convive com a sindemia de desnutrição, obesidade e mudanças climáticas, em uma perspectiva que incorpora a visão sistêmica sobre a alimentação e seus impactos na saúde e no meio ambiente, relacionando a má nutrição em todas suas formas (analisada a partir de indicadores de obesidade, desnutrição e deficiência de nutrientes) e as mudanças climáticas (Swinburn *et al.*, 2019).

Assim como as múltiplas formas de má nutrição possuem determinantes sinérgicos, o mesmo ocorre com as doenças crônicas não transmissíveis. Estas compreendem um vasto grupo de condições que têm em comum o fato de possuírem origem multifatorial, com forte influência de fatores de risco comportamentais, alguns modificáveis, outros não. No entanto, o “risco comportamental” ainda é muito associado apenas às escolhas inerentes aos indivíduos, desconsiderando que essas escolhas são determinadas pelas condições de vida das pessoas, ou seja, pela determinação social do processo saúde-doença.

A obesidade e as demais DCNT (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias) podem ser analisadas a partir do conceito de sindemia, ou seja, como um processo de interação sinérgica entre duas ou mais doenças, que faz aumentar as incidências e no qual os seus efeitos clínicos e sociais se potencializam mutuamente. É importante ressaltar que a perspectiva de sindemia não é o mesmo que comorbidade. Ela ocorre a partir do processo de interação sinérgica entre as doenças e têm maior probabilidade de surgir em situações de desigualdade social alicerçadas na pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural (Singer *et al.*, 2017; Yadav *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, identifica-se a necessidade de que os sistemas de saúde não mais tentem prevenir e controlar cada doença de forma isolada ou paralela, mas sim de agir sobre os fatores de interconexão entre elas e que se potencializam mutuamente. Dessa forma, identificamos que o grande desafio e caminho a ser trilhado pelo SUS é construir uma intersecção eficaz entre protocolos clínicos e linhas de cuidado, visando à organização de ações e serviços que promovam a atenção integral à saúde, com foco na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a obesidade. As respostas à atual crise das DCNT devem ser integradas e, principalmente, mobilizar diversos setores de políticas públicas. No tocante às respostas específicas dos sistemas de saúde às DCNT, há desafios para desenvolvimento e implementação de inovações assistenciais para garantia do apoio ao autocuidado para prevenção dessas doenças, bem como para o tratamento, redução de danos e cuidados paliativos às pessoas que vivem com condições crônicas.

Os países de baixa e média renda sofrem maior impacto dessas sindemias, especialmente pelo quadro de insegurança alimentar do percentual da população em maior situação de vulnerabilidade (Swinburn *et al.*, 2019). Vale ressaltar que essa população tem raça, gênero e classe social e que as políticas públicas e os cuidados em alimentação e nutrição têm o desafio de incorporar uma lente interseccional, ou seja, que considere as relações de poder que influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade e considere a inter-relação entre variáveis como raça, classe, gênero, faixa etária, entre outras (Collins; Bilge, 2021; Rodrigues; Miranda; Cabrini, 2023).

Os dados já apontam que as mulheres negras têm maior prevalência de obesidade que as mulheres brancas (Silva; Cabrini, 2017; Ferreira; Szwarcwald; Damacena, 2019), e mostram também que lares chefiados por mulheres negras têm maior prevalência de insegurança alimentar (Rede PENSSAN, 2022). Adotar esta lente poderá potencializar o cuidado integral e equitativo da população.

Junto às vulnerabilidades sociais, há ainda os impactos das mudanças climáticas. De acordo com Swinburn *et al.* (2019), os agricultores de baixa renda estão mais suscetíveis aos eventos climáticos, como enchentes, secas, erosão e tempestades, acarretando maior chance de perda de produção e, conseqüentemente, insegurança alimentar. Esses eventos climáticos agravam a situação de lugares onde já se tem, recorrentemente, climas adversos, como é o caso da região do semiárido nordestino e dos períodos de enchente e estiagem na região amazônica. Ademais, desastres imprevisíveis poderão se tornar mais frequentes, a exemplo das chuvas excessivas no Rio Grande do Sul em 2024. Desse modo, outro desafio é pensar, articular e implementar estratégias intersetoriais para mitigar esses impactos e suas conseqüências à saúde e segurança alimentar e nutricional das populações.

Toda essa complexidade recai sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais em Unidades Básicas de Saúde. As equipes precisam estar preparadas para acolher as múltiplas demandas e a gestão precisa garantir condições e ferramentas de trabalho que possibilitem a oferta assistencial.

Nesse sentido, o resgate de investimentos do Ministério da Saúde, a partir de 2023, na reestruturação da Estratégia Saúde

da Família enquanto base da APS no SUS, com o aumento do número de equipes de referência em todo país, assim como a retomada das equipes multiprofissionais (e-Multi), reiteram a postura de enfrentamento das desigualdades, na perspectiva de um cuidado integral e garantia de atendimento em todo o ciclo de vida. A isso se soma a publicação da Política Nacional de Atenção Especializada (Brasil, 2023c), um movimento importante que estabelece as bases de organização da Atenção Especializada, sob o reconhecimento de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da população, com ênfase para sua articulação e atuação integrada com a APS.

Desse modo, é imprescindível avançar na formação de profissionais e gestores de saúde, qualificando o cuidado e as ferramentas de gestão para que transcendam os limites biomédicos focados em nutrientes e peso. Também é necessário investir cada vez mais em articulações intersetoriais, compreendendo a alimentação como um direito social que vai além do campo da saúde e que requer outras medidas estruturais para garantir o acesso regular a uma alimentação adequada e saudável, sem comprometer outros direitos humanos. A promoção da articulação SUS-SUAS-SISAN, prevista pela Portaria Interministerial n.º 25/2023 (Brasil, 2023a), com o estabelecimento de orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional, bem como as responsabilidades de acompanhamento da saúde previstas no Plano Brasil sem Fome (Brasil, 2023b), são passos que buscam responder à natureza

interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e sua complexa determinação social.

No entanto, a construção e implementação de estratégias articuladas requer o exercício permanente de diálogo entre os atores envolvidos, passa pelo entendimento que o objetivo final dos serviços públicos oferecidos é a saúde e bem-estar da população, e não apenas o alcance de indicadores e metas. Logo, necessita do compromisso ético-político de gestores e profissionais e da compreensão, por parte da sociedade civil, de que a oferta das ações e serviços se constituem na efetivação de seus direitos básicos, em especial o DHAA e o direito à saúde.

### **Considerações finais: caminhos daqui para frente**

Dadas as características da APS e a partir das reflexões aqui abordadas, é possível afirmar apenas que não há um caminho definido para superar os desafios de fortalecer os cuidados em alimentação e nutrição na APS, e que as inovações fazem um papel essencial nesse processo.

O contexto atual de síndemias, com fatores que agravam a situação de má nutrição da população, exige que profissionais e gestores de diferentes setores e níveis de atuação trabalhem em conjunto para promover estratégias inovadoras, viáveis e adequadas à realidade local com o intuito de implementar a PNAN nos diferentes territórios brasileiros. Essas inovações devem considerar que a alimentação é elemento de efetivação do cuidado, de humanização das práticas de saúde.

Em uma perspectiva multiprofissional, as experiências inovadoras apontam para o investimento na melhora da abordagem relacional da alimentação e nutrição, reafirmando a centralidade do sujeito no seu processo de produção de saúde, em superação ao modelo biomédico e ao nutricionismo, o qual reduz o alimento aos nutrientes sem considerar outros aspectos, como o social e cultural (Scrinis, 2021). Nesse sentido, vê-se a potencialidade da Estratégia Saúde da Família no âmbito da APS por sua imersão no contexto de vida das pessoas, e as possibilidades de, a partir disso, construir práticas que façam sentido para os indivíduos, em diálogo com a realidade social e cultural imposta pelos territórios.

Reforçamos aqui o conhecimento do território para pensar os caminhos para o cuidado de alimentação e nutrição da população adscrita, ressaltando a importância da identificação do ambiente alimentar como parte do diagnóstico do território. Inovar a unidade de saúde, transformando-a em um espaço promotor de alimentação adequada e saudável, é uma forma de contribuir para práticas de cuidado em alimentação e nutrição contextualizadas e que favorecem a atenção integral à saúde (Brasil, 2022).

Entretanto, sabemos que essas ações não se limitam à APS ou à saúde, reforçando o papel da APS enquanto coordenadora do cuidado integral, longitudinal e equânime dos usuários. Segue o desafio de produzir estratégias de referência e contrarreferência que assegurem esse cuidado em rede, além do desafio de articular serviços e sistemas para que esse cuidado e acompanhamento sejam de qualidade.

No SUS os desafios estão no campo de qualificar e estruturar a Atenção Nutrição. Esse processo deve ser estruturado em todos os níveis de atenção das Redes de Atenção à Saúde, consolidando os avanços na APS e promovendo a integralidade das condutas e do cuidado na média e alta complexidade. É fundamental reafirmar o cuidado emancipador e o respeito às singularidades e dimensões da alimentação e nutrição na vida das pessoas, comprometendo-se diretamente com essa construção por meio de sistemas alimentares justos e saudáveis.

## Referências

ALMEIDA, E. R. de; PEREIRA, F. W. de A.; SILVA, M. L. da. Prêmio APS Forte no Sistema Único de Saúde-Brasil: principais resultados e lições aprendidas. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe8, p. 106–117, dez. 2022.

ALVES, K. P. de S. *et al.* Entre intenções e contingências, antigos programas e demandas por novas práticas de atenção nutricional no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00050221, 2021.

BARROS, L. C. N. de *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190081, 2020.

BRANDÃO, J. R. de M. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1413–1419, 2020.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 08 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. **Portaria Interministerial MDS e MS nº 25, de 1º de setembro de 2023.** Estabelece as orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Plano Brasil Sem Fome** - Documento Técnico Base. Brasília: MDS, 2023b. Disponível em: [https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2\\_Acoes\\_e\\_Programas/Brasil\\_sem\\_Fome/Plano/Brasil\\_Sem\\_Fome.pdf](https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Brasil_sem_Fome/Plano/Brasil_Sem_Fome.pdf). Acesso em: 3 out. 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023c.

DAVARI, A.; RASHIDI, A.; BAARTMANS, J. A. Nutrition Leadership Development: Capacity-Building Initiatives in Iran and the Middle-East Region Since 2009. **Frontiers in Public Health**, v. 3, p. 184, 2015.

FERREIRA, A. P. de S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190024, 2019.

GILLESPIE, S.; MENON, P.; KENNEDY, A. L. Scaling up impact on nutrition: what will it take?. **Advances in Nutrition**, v. 6, n. 4, p. 440-451, 2015.

JAIME, P. C. *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, jun. 2018.

MARQUES, R. J. R. *et al.* Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2020.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, ago. 2013.

PIRES, A. C. L. *et al.* Um olhar para as experiências de Alimentação e Nutrição do Prêmio APS Forte. **APS Em Revista**, v. 2, n. 3, p. 285–297, 2020.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 65-74, 2020.

RANZI, D. V. M. *et al.* Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 1999–2011, jun. 2021.

REDE PENSSAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN: relatório final/ Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022.

ROCHA, M. N. T. da; CALHEIROS, D. dos S.; WYSZOMIRSKA, R. M. de A. F. Formação inicial do médico que atua na atenção primária à saúde mental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, p. e001, 2023.

RODRIGUES, L. S.; MIRANDA, N. G.; CABRINI, D. Obesidade e interseccionalidade: análise crítica de narrativas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil (2004-2021). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, p. e00240322, 2023.

SCRINIS, G. **Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2021.

SILVA, D. O.; CABRINI, D. Trajetórias biográficas do aumento e excesso de peso de mulheres do Programa Bolsa Família, Brasil. **Comun Ciênc Saúde**, v. 28, p. 216-225, 2017.

SINGER, M.; BULLED, N.; OSTRACH, B.; MENDENHALL, E. Syndemics and the biosocial conception of health. **The Lancet**, 2017; 389:941-950.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 941-950, 2017.

YADAV, U. N.; RAYAMAJHEE, B.; MISTRY, S. K.; PARSEKAR, S. S.; MISHRA, S. K. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low-and middle-income countries. **Front Public Health**, v. 8, p. 508, 2020.

# As organizadoras

## **Ana Laura Brandão**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com Residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora da Ensp/Fiocruz. E-mail: alaurabrandao@gmail.com.

## **Juliana Pereira Casemiro**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ), com especialização e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), além de doutorado em Educação em Ciência e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ). Professora adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (INU/UERJ). E-mail: julianacasemiro@gmail.com.

## **Carolina de Oliveira Coutinho**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com especialização em Nutrição e Saúde pela Universidade Federal de Lavras (UFLA), mestrado e doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora substituta do Instituto de Nutrição da UERJ (INU/UERJ). E-mail: carolocoutinho@hotmail.com.

## Os autores e as autoras

### **Aluísio Gomes da Silva Júnior**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Residência em Medicina Preventiva e Social e especialista em Administração de Serviços de Saúde em áreas Integradas, Regionalizadas e Hierarquizadas pela UFF. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFF. E-mail: [agsilvajunior@id.uff.br](mailto:agsilvajunior@id.uff.br)

### **Amanda da Silva Bastos de Oliveira**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialista em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz) e mestre em Segurança Alimentar e Nutricional (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro). Pesquisadora na Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome (SECF/MDS). E-mail: [amandaoliveiranut@gmail.com](mailto:amandaoliveiranut@gmail.com)

### **Ana Carolina Feldenheimer da Silva**

Professora associada ao Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da Uerj. Nutricionista, mestre e

doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Especialista em Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Fiocruz). E-mail: anacarolf125@gmail.com

### **Ana Lúcia Rosa Gomes Barbosa**

Agente comunitário de saúde da Estratégia de Saúde da Família no Módulo Médico de Família Doutor Antônio Peçanha (Teixeira de Freitas) em Niterói, no Rio de Janeiro. E-mail: mmfteixeiradefreitas@fesaude.niteroi.rj.gov.br

### **André Campos Burigo**

Sanitarista que atua na Fundação Oswaldo Cruz desde 2008. Com formação em residência em saúde coletiva, mestrado em educação profissional em saúde e doutorado em saúde pública. Tem experiência nos temas: agrotóxicos; saúde das populações do campo, floresta e águas; educação do campo; conflitos ambientais; agroecologia. E-mail: andreburigo@gmail.com

### **Ariana de Oliveira Tavares**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Especialização em Segurança Alimentar e Nutricional pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Nutricionista no Instituto de Saúde Coletiva da UFF. E-mail: arianatavares@id.uff.br

### **Bruna Melo Amador**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Graduada em Licenciatura em Ciências Naturais pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Gestão e Serviços em Saúde, pela Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). E-mail: bruna.amador@hotmail.com

### **Camila Moreira Fonseca**

Graduação em nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ. Pesquisadora na área de alimentação e nutrição afrocentrada no Grupo de Pesquisa CulinAfro da UFRJ Macaé. Assessora técnica em gestão pública na área de Segurança Alimentar e Nutricional. E-mail: camilamor.fonseca@gmail.com

### **Carla Caroline Silva dos Santos**

Nutricionista pela Universidade Federal de Alagoas, doutoranda e mestra em Saúde Pública (FIOCRUZ-PE), especialista em Saúde da Família (IMIP-PE), Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (ENSP-FIOCRUZ) e Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (UFSC). Atuou 10 anos na Atenção Primária à Saúde de Recife (PE), atualmente é consultora técnica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. E-mail: carla.caroline@saude.gov.br

### **Caroline Morgado**

Nutricionista formada pela UERJ. Sanitarista pelo IESC/UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Nutricionista do Departamento de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias. Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita. Sócia-Fundadora do Conecta Nutrição. Organizadora e autora do livro Diálogos e Práticas em Educação Alimentar e Nutricional. E-mail: carolinemorgado@gmail.com

### **Charles Vasconcelos de Souza**

Técnico de Enfermagem. Atuou na Estratégia de Saúde da Família, vinculado ao Módulo Médico de Família Doutor Antônio Peçanha (Teixeira de Freitas) em Niterói, no Rio de Janeiro.

### **Claudia Moreira d'Almeida e Souza**

TécnoLOGA em Gastronomia pela Faculdade AMPLI. Culinária Japonesa – Instituto Cultural Brasil Japão (RJ). Cozinheira profissional – Instituto Gourmet – Brasília (DF). Atuação como czinheira profissional autônoma.

### **Clarice Miranda de Carvalho**

Nutricionista graduada pela UERJ e pela University of Rhode Island. Especialista em saúde da família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (UNIRIO) com

tema Agroecologia e Saúde. Compõe a equipe e-multi na ESF, no território do Jacarezinho, zona norte do Rio de Janeiro. E-mail: claricemirandalrt@gmail.com

### **Clarice Rossi Girão**

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Bolsista do projeto de extensão Núcleo de Psicanálise Política (NUPP), vinculado à Rede de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência de Estado (RAAVE). Ligante na Liga de Psiquiatria (Lipsi) do curso de Medicina da UFF. E-mail: claricerossi@id.uff.br

### **Cristiane Marques Seixas**

Psicanalista. Professora associada do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente permanente no Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde e no Programa de Pós-graduação em Psicanálise. Coordenadora do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA/UERJ). E-mail: cris.marques.seixas@gmail.com

### **Danielle Theodoro Canício**

Mestranda em Educação em Ciências e Saúde do Instituto NUTES-UFRJ, pesquisadora do Grupo de Pesquisa CNPq Culinafro, na linha de pesquisa Alimentação Escolar Quilombola, pós-graduada em História Contemporânea e professora da Qualificação Profissional no eixo de Gastronomia e Hospitalidade. E-mail: daniellecancio2@gmail.com

### **Debora Silva do Nascimento Lima**

Nutricionista (UFRJ), especialista em Saúde da Família (ENSP/Fiocruz) e mestre em Educação em Ciências e Saúde (UFRJ). Professora de Saúde Coletiva do curso de Nutrição do CM UFRJ Macaé. E-mail: debora.snlima@gmail.com

### **Denise Cavalcante de Barros**

Nutricionista, pesquisadora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. E-mail: denise.cavalcante@fiocruz.br

### **Denise Jardim de Almeida**

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), habilitação em Enfermagem Obstétrica, Pós-graduação em MBA Gestão em Saúde pela Universidade Cândido Mendes, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Campinas e em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS (GERUS) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FioCruz). Enfermeira superintendente de Promoção da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: djardim2016@gmail.com

### **Elinia da Silva Mateus Marsango**

Graduada em Nutrição (UNIVALI), MBA em Gestão Pública e em Gestão e Políticas Públicas Municipais. Especializações em Gestão da Política Nacional de

Alimentação e Nutrição (ENSP/FIOCRUZ), em Saúde Pública (UFSC), em Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (UFSC), em Gestão da Segurança de Alimentos (SENAC) e Educação Alimentar e Nutricional na Educação Básica. Nutricionista da Prefeitura de Itajaí (SC). E-mail: eliniamateus@gmail.com

### **Erika Cardoso dos Reis**

Nutricionista (UFF), mestre e doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), professora no Departamento de Nutrição Clínica e Social da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. E-mail: erika.careis@gmail.com

### **Fabiana Prado Priori**

Graduada em Enfermagem e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora técnica de enfermagem pelo Núcleo Estratégico de Apoio Técnico da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), no estado do Rio de Janeiro. E-mail: fabianapriori@fesaude.niteroi.rj.gov.br

### **Fernanda Bezerra Queiroz Farias**

Graduada em Nutrição pela UnB e em Psicologia pelo UniCEUB; Especialista em Obesidade pela Uniguaçu; em Nutrição Clínica pela São Camilo; e em Gestão Pública pela Fortium; especialista em Saúde da Família pela Futura/ICETEC; mestre em Ciências da Saúde pela ESCS/FEPECS;

doutoranda em Saúde Pública pela Universidade do Porto. Nutricionista da SES/DF e tutora do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde do Adulto e do Idoso da ESCS/FEPECS. E-mail: fernandaqueiroz131@hotmail.com

### **Fernanda Rodrigues de Santana Goes**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Direito da Família e Políticas Sociais pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão de Sergipe (FAPESE). Foi coordenadora do PET-Saúde Interdisciplinariedade. Foi membro do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Sergipe. Secretária Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe. E-mail: fersgoes@gmail.com

### **Fernando Merloto Soave**

Graduado em Direito pela Universidade de São Paulo (USP), especialização em Direito Aplicado ao Ministério Público Federal pela Escola Superior do Ministério Público da União (ESMPU). Procurador da República do MPF, atuação em temas de 6ª CCR (direitos de povos indígenas e comunidades tradicionais) no estado do Amazonas. Coordenador da Comissão de Alimentos Tradicionais dos Povos no Amazonas (Catrapoa) e da Mesa de Diálogo Permanente Catrapovos Brasil. Membro dos Grupos de Trabalho Agroecologia e Educação escolar indígena do MPF. E-mail: ferrnandosoave@mpf.mp.br

### **Frederico Peres**

Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutorado em Saúde Ocupacional e Ambiental pela Icahn School of Medicine at Mount Sinai (MSSM). Pesquisador sênior da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e professor associado convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA). E-mail: fredericoperesdacosta@gmail.com

### **Janne Ruth Nunes Nogueira**

Assistente Social (UECE) com residência em Saúde da Família (EFSFVS/UVA), mestre em Gestão de Políticas Públicas de Saúde (Fiocruz-Brasília). Servidora pública da carreira de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Atualmente desempenha a função de assessora técnica especializada na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. E-mail: janne.nogueira@saude.gov.br

### **Jaqueline Nascimento Vieira**

Gaduada em Nutrição pela Faculdade Centro Literatus (UniCEL), com pós-graduação em Docência do Ensino Superior, Saúde Pública, Nutrição Clínica e Funcional

e Nutrição Renal. Nutricionista da APS da Secretaria Municipal de Saúde – Careiro (AM), coordenadora da Vigilância Alimentar e Nutricional e do Programa Bolsa Família na Saúde, responsável técnica do Programa Municipal de Suplementação de Vitamina A. E-mail: jaqueline.vieira.nutri@hotmail.com

### **Jaqueline Petito Pepe**

Diretora escolar e professora de Biologia do Colégio Estadual Embaixador Raul Fernandes, localizado em Niterói, no estado do Rio de Janeiro. E-mail: ceraulderndes@educacao.rj.gov.br

### **Jesuana Oliveira Lemos**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestre em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (FSP/USP); especialização em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia Aplicada à Nutrição – Universidade Cruzeiro do Sul e especialização em Atenção à Saúde de Pessoas com Sobrepeso e Obesidade (UFSC). Nutricionista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: jesuananutri@gmail.com

### **Joicielly França Bispo**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Maceió (UNIMA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Residente em

Cuidados Paliativos pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi/SESA). E-mail: joiciellyfbispo@gmail.com

### **Joyce de Oliveira Vieira**

Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB), especialização em Atenção Integral à Família pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Assistente social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: joyce2309@gmail.com

### **Jorge Luiz Rosa**

Agente comunitário de saúde da Estratégia de Saúde da Família no Módulo Médico de Família Doutor Antônio Peçanha (Teixeira de Freitas) em Niterói, no Rio de Janeiro. E-mail: mmfteixeiradefreitas@fesaude.niteroi.rj.gov.br

### **José Marcos de Jesus Santos**

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Assessor Técnico na Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Professor e Coordenador de Estágio Supervisionado (UNIT). E-mail: jsmarcos.ufs@hotmail.com

### **José Vitor Leal Braga**

Integrante e fundador do grupo Wolf Crew RJ, que agrega os elementos da cultura Hip-Hop. Assistente administrativo, produtor cultural, educador social, DJ, B-Boy e instrutor de dança urbanas. E-mail: vitorleal109@gmail.com

### **Juliana Gonçalves Machado**

Nutricionista pela UFPE, especialista em Saúde da Família pela Secretaria de Saúde do Recife e mestra em nutrição humana pela UnB. Atualmente está como consultora técnica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. E-mail: machado.julig2@gmail.com

### **Katiana dos Santos Teléfora**

Nutricionista (UERJ), sanitarista (UFRJ), especialista em Gestão Pública (Faculdade Cidade Salvador) e mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Servidora pública da carreira de especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental/SEPLAG-RJ. E-mail: katianatelefora@gmail.com

### **Kelly Poliany de Souza Alves**

Nutricionista (UFAL), especialista em Saúde da Família (EFSFVS/UVA), mestre em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS-UERJ) e doutora em Saúde Coletiva (PPGSC-UERJ). Atualmente desempenha a função de coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DEPPROS/SAPS). E-mail: kelly.alves@saude.gov.br

### **Lauanda Amorim**

Pós-graduada em especialização em Gestão da Estratégia Saúde da Família, Fiocruz Brasília. Pós-graduada em especialização em Enfermagem em U.T.I. – Faculdades São Camilo. Pós-graduação em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem – Universidade de Brasília. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia – Universidade de Brasília. E-mail: lauanda.amorim@gmail.com

### **Larissa Haydée Costa Alviaia**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Residência em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente e doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Nutricionista na Superintendência de Promoção da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: larissaalviaia5@gmail.com

### **Leandro de Almeida Nascimento**

Graduado em Educação Física Bacharelado e em Educação Física Licenciatura pela Universidade Tiradentes (UNIT), com residência em Saúde Mental pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Fisiologia do Exercício e treinamento desportivo pela Universidade Tiradentes (UNIT). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Sergipe (2022). E-mail: saudebucalsc2018@gmail.com

### **Leonardo de Souza Melo**

Doutor e mestre em Informação e Comunicação em Saúde pelo Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/ICICT/Fiocruz). Artista de rua do Coletivo Experimentalismo Brabo. E-mail: salorj@gmail.com

### **Lidiane Souza da Silva**

Graduada em Gestão Pública pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), coordenadora do Sistema de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Careiro (AM). E-mail: lidianescezar@gmail.com

### **Ligia Amparo**

Professora titular da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, graduada em nutrição pela UFBA e doutora em Ciências Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atua nas linhas de investigação temas como Alimentação, Cultura e Saúde e Educação Alimentar e Nutricional, trabalhando os seguintes temas, corpo, obesidade e saúde, antropologia da alimentação, antropologia do corpo, alimentação e cultura, alimentação escolar e alimentação saudável, dentre outros. Vislumbra como um atual tema de interesse as epistemologias do campo da alimentação e nutrição. Coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (NEPAC) e é uma das coordenadoras da REDE NAUS – Rede Ibero Americana de Pesquisa Qualitativa em Alimentação e

Sociedade. Integra a GT Alimentação e Cultura da Rede Brasileira de Pesquisadores em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional – REDE PENSSAN e do Comitê Gestor Alimentação e Nutrição na Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), assim como a Rede Internacional de Estudos de Hambre y Cultura. Possui publicações de artigos, livros e capítulos de livros nos temas de atuação. E-mail: amparo@ufba.br

### **Lívia Cardoso Gomes Rosa**

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com Residência Multiprofissional em Saúde Família e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FioCruz), doutoranda em Alimentação, Nutrição e Saúde pela UERJ. Nutricionista sanitária na Superintendência de Promoção da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: liviacg.rj@gmail.com

### **Lorena Correia Leal Rocha**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com especialização em Nutrição e Medicina Vegetariana pela Plenitude Educação, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Agroecologia pela Universidade de Pernambuco, pesquisadora de campo da UFPE. E-mail: lorena.clr0@gmail.com

### **Louriene de Oliveira Antunes**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário CESMAC, sanitarista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes COREMU (PE), analista em saúde – sanitarista, técnica da coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: lourieneantunes@hotmail.com

### **Luana de Lima Cunha**

Especialista em Saúde da Família com ênfase na População do Campo (UPE). Nutricionista (UFRJ). É pesquisadora na Culinafro e está como assessora de sistemas alimentares na FIAN Brasil. E-mail: nutriliunacunha@gmail.com

### **Luisa Linhares Borges**

Graduada de Psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF). Extensionista do Observatório de Integração Ensino-Serviços de Saúde do Rio de Janeiro, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFF. Bolsista da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) em projeto de pesquisa vinculado ao Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do ISC/UFF. E-mail: luisab@id.uff.br

### **Luisete Moraes Bandeira**

Consultora da Coordenação de Equidade, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental - OPAS/OMS no Brasil. Doutora em saúde coletiva/UnB (2021). Mestre em Nutrição Humana/UnB (2012). Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição/FIOCRUZ (2009). Graduada em Nutrição/ UFPel (2007). E-mail: [moraeslui@paho.org](mailto:moraeslui@paho.org)

### **Mariana Fernandes Brito de Oliveira**

Graduação em Nutrição e mestrado em Nutrição Humana pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Curso de Nutrição do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé, Área de concentração: Alimentação Coletiva/ Estágio Supervisionado e Técnica Dietética e Culinária. E-mail: [marianafbo@gmail.com](mailto:marianafbo@gmail.com)

### **Maricília Nascimento Prestes**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Pará (UFPA), graduada em Pedagogia pela Universidade Federal do Pará, com especialização em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), mestranda do Programa de Pós-graduação de Saberes e Linguagens na Amazônia (PPSLA) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Servidora pública na Prefeitura Municipal de Bragança (PA) – Secretaria Municipal de Saúde, atuando

como gerente da Atenção Primária à Saúde (meio rural) e gerente da Vigilância Alimentar e Nutricional. E-mail: mariciliaprestes83@gmail.com

### **Marília Maria de Lucena Macêdo**

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), com pós-graduação em Patologias da Linguagem (UNICAP), especialização em Linguagem (UFPE), mestrado em Ciências da Linguagem (UNICAP), técnica da Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: macedo.marilia.m@gmail.com

### **Marlom da Silva Rolim**

Graduado em História e graduando em Pedagogia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). Técnico em Assuntos Educacionais da Universidade Federal Fluminense (UFF) e professor de História da rede estadual do Rio de Janeiro (Seeduc/RJ). E-mail: marlom.rolim@id.uff.br

### **Mário Luís Tavares Mendes**

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Mestre em Odontologia e doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Coordenador de

Promoção à Saúde e Programas Estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe. E-mail: saudebucalsc2018@gmail.com

**Mayara Pereira Pacheco**

Graduanda em Administração pela Universidade Estácio no Rio de Janeiro. DJ e Coreógrafa no grupo Wolf Crew RJ. E-mail: ylopop1@gmail.com

**Norma Sueli Marques da Costa Alberto**

Nutricionista, servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; doutora em Saúde Pública; mestre em Ciências e Saúde; Especialista em Gestão em Saúde. Pesquisadora e ativista na área da Nutrição Social e da Segurança Alimentar e Nutricional; Presidenta do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional do Piauí; Vice-Presidente do Conselho Diretor da FIAN-Brasil. E-mail: normaalberto@yahoo.com.br

**Pâmela Eulalia Sedrez Nicoletti**

Graduada em Pedagogia (UNIVALI) e pós-graduada em Gestão Escolar. Coordenadora suplente do Programa de Aquisição de Alimentos em Itajaí (SC). Diretora da Secretaria de Agricultura e Expansão Urbana de Itajaí. E-mail: pamela.sedrez@itajai.sc.gov.br

**Renata Alves Fonseca de Barros**

Graduada em Nutrição pela Universidade Gama Filho (UGF), com especialização em Administração Hospitalar

pela Universidade Estácio de Sá, mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FioCruz). Nutricionista na Superintendência de Promoção da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: ralvesnutri@gmail.com

### **Raquel Sousa Cerqueira Cruz**

Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense (UFF). Estagiária no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) Monteiro Lobato em Niterói, no Rio de Janeiro. Extensionista no Observatório de Integração Ensino-Serviços de Saúde do Rio de Janeiro, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFF. E-mail: raquelcerqueira@id.uff.br

### **Raquel Souza da Silva**

Graduada em Gestão Comercial pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), com pós-graduação em Gestão dos Sistemas Municipais de Saúde e Saúde Pública. Assistente administrativo da Secretaria Municipal de Saúde – Careiro (AM) e Suplente do Programa Bolsa Família na Saúde. E-mail: quelscezar@gmail.com

### **Rute Ramos da Silva Costa**

Nutricionista (UERJ), mestre em Alimentação, Nutrição e Saúde (UERJ), doutora em Educação em Ciências e Saúde (UFRJ). Professora do Instituto de Alimentação e Nutrição e do Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Líder

do Grupo de Pesquisa e Extensão CulinAfro UFRJ Macaé.  
Membro do Núcleo de Estudo Afro-brasileiro e Indígena  
Clarissa Gomes da Silva. E-mail: ruteatsoc@gmail.com

### **Sayene Garcia Batista**

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO-UFRJ). Mestranda em Clínica Odontológica, com área de concentração em Prótese Dentária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atuou na Estratégia de Saúde da Família, vinculado ao Módulo Médico de Família Doutor Antônio Peçanha (Teixeira de Freitas) em Niterói, no Rio de Janeiro.

### **Sophia Rosa Benedito**

Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Graduada em Nutrição pela UFES, especialista pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ), especialista em Gestão da Atenção Básica (Ensp/FIOCRUZ), atua como gerente de Ensino e Produção do Conhecimento (FeSaúde/Niterói) e como pesquisadora associada do GT Saúde Internacional e Soberania Sanitária do CLACSO. E-mail: sophiarb@gmail.com

### **Tatiana Rego Borges**

Graduada em Farmácia Bioquímica pela CESUBRA; Especialização em Homeopatia UFV; Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica (UFSC); pós-graduação em Farmacologia Clínica – Faculdades Oswaldo

Cruz. Farmacêutica – da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. E-mail: tatianaregoborges@gmail.com

**Thamiris Catão Raybolt**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenadora social no projeto Livres Para Brilhar em Niterói, no estado do Rio de Janeiro. E-mail: thamiriscatao@gmail.com

**Thalita Milena Araújo Xavier de Amorim**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sanitarista/Residência multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE), mestre em Nutrição e Saúde Pública pela UFPE, pesquisadora de campo, E-mail: tmlena.26@gmail.com

**Vanessa Meneses Costa**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), com Residência em Epidemiologia Hospitalar pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Mestranda em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe. E-mail: vanessameneses.nutri@gmail.com

**Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso**

Graduada em Nutrição e com Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Mestre e doutora em Ciências da Nutrição pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora e extensionista popular do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Nutrição e Saúde Coletiva (Núcleo PENSO). Professora do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité. E-mail: vanillepessoa@gmail.com

### **Vilma Maria Pereira Ramos**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (FIOCRUZ), mestrado de Nutrição em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), analista em saúde e coordenadora da área de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. E-mail: segurancaalimentarpe@gmail.com

### **Winne Correia Fontes**

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Gestão de Saúde Pública e da Família pela Faculdade de Negócios de Sergipe (FANESE). Mestranda em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Coordenadora de Segurança Alimentar e Nutricional na Secretaria Municipal de Assistência Social de São Cristóvão, Sergipe. E-mail: winnefontes89@gmail.com.

## Publicações Editora Rede UNIDA

### Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5482-187-8

