

Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil

Evolution of nutrition actions in primary health care along the 20-year history of the Brazilian National Food and Nutrition Policy

Evolución de las acciones de nutrición en la atención primaria en salud en los 20 años de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición de Brasil

Gisele Ane Bortolini ^{1,2}
Tatiane Nunes Pereira ³
Eduardo Augusto Fernandes Nilson ²
Ana Carolina Lucena Pires ²
Maria Fernanda Moratori ²
Mayara Kelly Pereira Ramos ²
Sara Araújo da Silva ²
Maria de Fátima C. C. de Carvalho ²
Lilian Ânima Bressan ²
Livia de Almeida Faller ²

doi: 10.1590/0102-311X00152620

Resumo

O objetivo do estudo é sistematizar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na atenção primária à saúde (APS), de 1999 a 2019, identificando os avanços no período e perspectivas atuais. É uma pesquisa qualitativa realizada baseando-se na análise de documentos publicados entre 1999 e 2020, disponíveis em bases de dados científicos e na literatura cinza. Adicionalmente, realizou-se análise quantitativa valendo-se de sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e dos microdados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As ações e marcos normativos identificados foram categorizados em gestão, vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, atenção nutricional – múltipla carga de má nutrição e formação. Os resultados revelam que as ações de alimentação e nutrição acompanharam o cenário epidemiológico, considerando-se a múltipla carga da má nutrição, estando a primeira década mais direcionada ao enfrentamento da fome, da desnutrição e carências de micronutrientes e; a partir de 2006, passou a dar ênfase à prevenção e cuidado de pessoas com obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis, além da promoção da alimentação adequada e saudável, desenvolvendo, durante todo o período, ações com forte caráter intersetorial e compreendendo o locus da APS como campo prioritário de atuação no Sistema Único de Saúde. A universalização das ações de alimentação e nutrição na APS, contudo, é ainda um desafio atual.

Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Atenção Primária à Saúde; Programas de Nutrição; Política Pública

Correspondência

G. A. Bortolini
QRSW 06, Bloco B 07, apto. 105, Brasília, DF
71920-010, Brasil.
gisele.bortolini@gmail.com

¹ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

² Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

No Brasil, a alimentação, como a saúde, é um direito constitucional reconhecido como determinante da saúde, que deve ser assegurada por meio de políticas públicas ¹. Desde 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) organiza as ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a organização da vigilância alimentar e nutricional, a promoção de alimentação adequada e saudável, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, prioritariamente no âmbito da atenção primária à saúde (APS) ^{2,3}.

Por sua capilaridade, a APS desempenha um importante papel na consolidação da PNAN em nível local; porém, a consolidação, a expansão e a universalização das ações de nutrição propostas para a APS no Brasil constituem um desafio ⁴. Assim, o objetivo deste estudo é sistematizar o histórico das ações de alimentação e nutrição na APS nos 20 anos de existência da PNAN, identificando avanços no período.

Métodos

Foram analisados os documentos publicados entre 1999-2020, como normas, materiais técnicos e relatórios de gestão produzidos pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Ministério da Saúde ou com os quais a CGAN contribuiu, além de artigos científicos, teses e dissertações que descreveram ou analisaram as ações de alimentação e nutrição do Governo Federal.

As buscas foram realizadas nas bases de dados científicos PubMed, LILACS e Web of Science, e a literatura cinza, contemplando os sítios eletrônicos oficiais do governo, a Rede de Alimentação e Nutrição do SUS, bem como a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Quadro 1).

Os documentos foram consolidados em uma planilha, incluindo suas ementas, e divididos entre os autores. Com base na leitura, cada autor categorizou as ações por tipo (gestão, vigilância alimentar e nutricional, promoção de alimentação adequada e saudável, atenção nutricional – múltipla carga de má nutrição e formação), conforme as diretrizes da PNAN (2011) ³. Posteriormente, as classificações

Quadro 1

Termos utilizados para as buscas realizadas em bases de dados.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA
LILACS	("primary health care" OR "health center" OR "basic health service" OR "family health" OR "family health strategy") AND ("Food and Nutrition Security" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutritional Status" OR "anthropometry" OR "nutritional assessment" OR "Food and Nutrition Education" OR "food habits" OR "food consumption" OR "diet" OR "feeding" OR "nutrition" OR "nutrition policy"). Limites: 1999-2020.
PubMed e Web of Science	("primary health care" OR "community health services" OR "family health") AND ("Nutritional Status" OR "nutrition assessment" OR "anthropometry" OR "food habits" OR "food intake" OR "diet" OR "feeding behavior" OR "food security" OR "nutrition policy") AND "Brazil". Limites: 1999-2020.
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações	"primary health care" OR "community health services" OR "family health") AND ("nutrition policy" OR "Nutritional Surveillance" OR anemia OR Micronutrients OR Food and Nutrition Education OR Obesity). Limites: 1999-2020.

foram discutidas por todos os autores para alinhamento e definidas por consenso. Além disso, foi analisada a trajetória evolutiva da APS e da PNAN.

As ações de alimentação e nutrição também foram avaliadas, baseando-se nos microdados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2011, 2013 e 2017, e na cobertura do acompanhamento do estado nutricional (2008 a 2019), pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A avaliação da cobertura foi realizada por meio de análise ecológica estratificada por faixa etária, com base nos acompanhamentos na APS. A tendência temporal por regressão linear considerou a cobertura como variável dependente e o ano de acompanhamento como variável independente, considerando-se significativa a variação correspondente a um coeficiente de regressão estatisticamente diferente de zero (valor de $p \leq 0,05$).

Os principais marcos encontrados mencionados nos resultados foram incluídos na Tabela 1 e no Material Suplementar (Quadro S1. http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00152620-port_1852.pdf). Os documentos consultados estão referenciados no Material Suplementar (Quadro S2. http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00152620-port_1852.pdf).

Resultados

A trajetória da APS e da PNAN

A primeira versão da PNAN foi elaborada e publicada poucos anos depois da aprovação das *Normas Operacionais Básicas de 1996* (NOB 96), da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). As diretrizes do PACS e do PSF incluíam, entre as atribuições dos profissionais da APS, ações de alimentação e nutrição para a população. Em 2002, as diretrizes para a alimentação infantil foram elaboradas, com passos para facilitar a sua adoção na atenção básica a saúde.

Entre 2003 e 2006, todo o arcabouço normativo, técnico e operacional dos programas de suplementação de micronutrientes e do SISVAN foram revisados (Material Suplementar. Quadro S1. http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00152620-port_1852.pdf), acompanhando oportunamente a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo prioritário para a expansão da APS nos estados e municípios.

A PNAB (2006) estabeleceu como ações prioritárias a erradicação da desnutrição infantil, o controle do diabetes e da hipertensão, além de ressaltar a promoção da saúde e a saúde da criança, da mulher e do idoso como áreas estratégicas para a operacionalização da APS. Nesse contexto, e alinhadas ao perfil nutricional dos brasileiros, as ações de alimentação e nutrição na APS focavam a desnutrição infantil, as carências nutricionais e a saúde da criança e recomendações de alimentação saudável, incluindo a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Em paralelo, desenvolveram-se as primeiras recomendações e estratégias sobre alimentação adequada para a população brasileira, alinhadas à PNAB.

Na evolução da APS, destaca-se, ainda, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, pela sua implicação sobre a agenda de alimentação e nutrição. Essa estratégia estabeleceu equipes multidisciplinares, contemplando a possibilidade de inclusão dos nutricionistas, bem como das ações de alimentação e nutrição entre as atribuições de todos os profissionais. A partir de então, foram publicados a *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde* ⁵ e os *Cadernos de Atenção Básica* ⁶ voltados ao NASF e à atenção nutricional, abordando as principais ações de alimentação e nutrição, além de terem sido desenvolvidas estratégias de formação, cujos profissionais e gestores de NASF foram prioritários (Material Suplementar. Quadro S1. http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00152620-port_1852.pdf).

Tabela 1

Avaliação das metas, ações e investimento financeiro (R\$) na agenda de alimentação e nutrição, de acordo com instrumentos de gestão publicados entre 1999-2019.

Período	Programa e objetivo	Atividades	2000	2001	2002	2003	Total 2001-2003
PPA 2000-2003	Programa Alimentação Saudável Objetivo: reduzir e controlar a desnutrição, as carências por micronutrientes nos serviços de saúde e promover a alimentação saudável nos diferentes ciclos de vida	0357 – assistência financeira à família visando à complementação da renda para melhoria da nutrição – Bolsa-Alimentação	-	388.152,00	118.334.732,00	316.478.265,00	839.114.997,25
		0603 – incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do PAB para ações de combate às carências nutricionais	149.236.461,00	158.576.795,00	89.187.182,00	-	
		3890 – estudos e pesquisas sobre recuperação nutricional e alimentação saudável	-	-	1.992.396,00	90.536,00	
		3945 – promoção de eventos técnicos sobre recuperação nutricional e alimentação saudável	-	20.000,00	500.000,00	200.000,00	
		4294 – aquisição e distribuição de micronutrientes para crianças, gestantes e idosos em áreas endêmicas de má nutrição	950.000,00	757.918,00	1.041.963,00	1.360.597,00	
		Total 2001-2003	150.186.461,00	159.742.865,00	211.058.275,00	318.129.398,00	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Período	Programa e objetivo	Atividades	2004	2005	2006	2007	Total 2004- 2007
PPA 2004-2007	Programa Alimentação Saudável Promover a alimentação saudável no ciclo de vida e prevenir e controlar os distúrbios nutricionais e doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Incluso o fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional e acompanhamento da agenda de compromissos de saúde do Programa Bolsa Família	8519 – monitoramento da situação nutricional da população brasileira	1.555.000,00	837.302,00	3.653.860,00	-	32.572.945,57
		806 – apoio a estudos e pesquisas sobre alimentação e nutrição, com enfoque na recuperação nutricional e alimentação saudável	2.007.645,00	112.260,00	750.303,00	8.654,00	
		2272 – gestão e administração do programa	10.000,00	1.350.880,00	-	100.000,00	
		4294 – prevenção e controle das carências nutricionais por micronutrientes	869.059,00	1.350.237,00	5.470.315,00	10.022.653,00	
		4641 – publicidade de utilidade pública	946.339,00	713.355,00	1.070.991,00	446.463,00	
		6449 – promoção de hábitos de vida e de alimentação saudáveis para a prevenção das obesidades e das DCNT	-	466.000,00	831.630,00	-	
		Total 2004-2007	5.388.043,00	4.830.034,00	11.777.099,00	10.577.770,00	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Período	Programa e objetivo	Atividades	2008	2009	2010	2011	Total 2008- 2011
PPA 2008-2011	Programa Atenção Básica em Saúde (Ação Orçamentária Alimentação e Nutrição para a Saúde) Objetivo: expandir a Estratégia Saúde da Família e a rede básica de saúde, mediante a efetivação da política de atenção básica: resolutive, de qualidade, integral e humanizada	Aumentar a cobertura do SISVAN-web Reduzir a desnutrição infantil (baixo peso e baixa estatura para idade em crianças menores de cinco anos) Eliminar distúrbios por deficiência de iodo Reduzir obesidade em adultos	29.616.642,00	17.144.750,00	27.999.150,00	17.365.459,00	92.126.001,00
Período	Programa	Objetivos	Metas/Atividades				Total 2012 - 2015
PPA 2012-2015	Programa 2069: segurança alimentar e nutricional Programa 2015: aperfeiçoamento do SUS	930 – controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional com a promoção da PNAN, por meio do controle e regulação de alimentos e da estruturação da atenção nutricional na rede de atenção à saúde 713 – garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada. Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável 714 – reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde 715 – promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade	100% das UBS equipadas com balanças e antropômetros Aprovação da atualização da PNAN e Nutrição do SUS Aumentar para 35% a cobertura populacional do SISVAN Elaboração do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade Implantação de uma nova estratégia para o controle e prevenção da anemia ferropriva Pactuação da redução do teor de sódio e açúcar em 100% das categorias prioritárias de alimentos processados Programa Saúde do Escolar ampliado para creches e pré-escolas de 100% dos municípios que aderirem ao programa Promover a adesão de 78% dos municípios brasileiros ao Programa Saúde do Escolar até 2015 Implantar as academias de saúde, chegando a 4.800 academias em 2015 Expandir a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas UBS e em campanhas de vacinação 60% das equipes de atenção básica referindo disponibilidade de sulfato ferroso na UBS para a prevenção de anemia em crianças menores de 2 anos	96.078.139,16			

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Período	Programa	Objetivos	Metas/Atividades	Total 2012 - 2015
PPA 2016-2019	Programa 2015: fortalecimento do SUS	<p>1120 – aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas</p> <p>1126 – promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde</p> <p>713 – ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada e ambulatorial</p> <p>714 – reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável</p>	<p>Implantação das Linhas de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade em pelo menos 70% dos estados e no Distrito Federal – PPA</p> <p>Implantação da Estratégia Nacional de Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no SUS em mais 2.000 UBS – PPA</p> <p>Suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde do Escolar, anualmente</p> <p>Aumentar para 20 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde do Escolar</p> <p>Estabelecimento de pacto para a redução de açúcar em produtos das categorias prioritárias – PPA</p> <p>Custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde</p> <p>Pactuação e monitoramento das metas de redução de sódio em alimentos processados no Brasil – PPA</p>	129.421.869,00

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Período	Programa	Objetivos	Metas/Atividades	Total 2012 - 2015
Programa 2069:	segurança alimentar e nutricional	1109 – promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis, e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação	<p>Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional</p> <p>Reduzir em 50% o número de casos novos de beribéri notificados, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional</p>	
		615 – combater a insegurança alimentar e nutricional que persiste em grupos populacionais específicos, com ênfase em povos e comunidades tradicionais	<p>Acompanhar na atenção básica pelo menos 73% de famílias indígenas e quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família, por meio das condicionalidades de saúde (Ministério da Saúde)</p> <p>Registrar, por meio das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, dados nutricionais de pelo menos 80% de crianças indígenas e quilombolas menores de 7 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (Ministério da Saúde)</p>	
Programa 2019:	Inclusão social por meio do Bolsa Família, Cadastro Único e da articulação de políticas sociais	374 – reforçar e qualificar o acesso com equidade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família aos direitos sociais básicos por meio de articulação com políticas sociais, prioritariamente nas áreas de saúde, educação e assistência social	<p>Acompanhar, na atenção básica, pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde</p> <p>Elaboração dos procedimentos que orientem os estados e municípios para a redução do número de famílias do Programa Bolsa Família não acompanhadas na saúde</p>	

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; NutriSUS: Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó; PAB: Piso de Atenção Básica; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PPA: Plano Plurianual; SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

Fonte: Ministério da Economia (SIAFI). <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/siafi>, acessado em 02/Jun/2020).

Em 2011, atualizaram-se a PNAB e a PNAN. 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. A revisão da PNAN 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, tendo a atenção básica como espaço prioritário para a realização das ações. Nesse ano, também foi instituído o PMAQ-AB que, mesmo com poucos indicadores de alimentação e nutrição que impactavam em repasse de recursos, contemplava a avaliação da gestão, de estrutura e ações que estavam direta ou indiretamente relacionadas à alimentação e nutrição, contribuindo para o seu incentivo nos territórios.

Em 2017, a PNAB foi atualizada, destacando a promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde e reforçando que a alimentação adequada e saudável tem relevância nacional para a sua abordagem. Em 2019, a lógica de financiamento da APS mudou com o Previnde Brasil, passando a pagar os municípios por captação e indicadores de desempenho, mas, até o momento da elaboração deste artigo não incluíam indicadores de nutrição. Em 2019, criou-se a carteira de serviços, assumin-

do os atributos essenciais e derivados da APS como norteadores das ações e contemplando ações de alimentação e nutrição na APS. Esses atributos podem fortalecer as ações de alimentação e nutrição na APS e estas podem fortalecer os atributos, visto que a identificação de indivíduos com agravos nutricionais e o acompanhamento para a promoção da saúde e prevenção de doenças podem ampliar o acesso de primeiro contato, levando, conseqüentemente, à realização de ações de promoção de alimentação adequada e saudável e à organização da atenção nutricional para a longitudinalidade, a integralidade, a orientação familiar e comunitária e as competências culturais.

Ressalta-se que, para além das estratégias realizadas na APS, existe um amplo leque de ações da PNAN que pode repercutir na vida dos brasileiros e diminuir os agravos relacionados à alimentação inadequada e reduzir a demanda na APS, tais como, a fortificação das farinhas com ferro e ácido fólico, a iodação do sal e a *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras*. Somam-se aqui as tentativas de adoção de medidas regulatórias nacionais para a proteção da alimentação saudável, como regulação da publicidade e da rotulagem nutricional frontal de alimentos, restrição da venda de alimentos em cantinas escolares e tributação de bebidas adoçadas que, se adotadas, podem, em longo prazo, reduzir a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no país; porém, nenhuma destas medidas tinham sido aprovadas até o final de 2019.

As ações específicas por eixo serão descritas nos subtópicos a seguir.

Gestão

A análise do período avaliado mostrou que a agenda de alimentação e nutrição foi priorizada em instrumentos de gestão federal. De 2000 a 2011, o foco das ações foi o combate à fome e prevenção da desnutrição e das carências nutricionais, organizados intersetorialmente, sendo a APS fundamental para a sua implementação. Na segunda década, observou-se um maior número de compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a agenda de alimentação e nutrição, com a ampliação do escopo para a prevenção da obesidade e promoção de alimentação adequada e saudável. Em função da múltipla carga da má nutrição no país, as metas sobre o enfrentamento da desnutrição e a prevenção de carências nutricionais continuaram presentes, mas direcionadas a públicos específicos (Tabela 1).

Outras políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e iniciativas, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, os Planos Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, também previram a inserção de ações de alimentação e nutrição, reforçando a APS como locus de atuação.

Paralelamente, o orçamento da CGAN também evoluiu de forma crescente (Tabela 1). Apesar de ser maior entre 2000 e 2003, grande parte do recurso era voltado ao Programa Bolsa Alimentação. Com a unificação dos programas federais de transferência de renda no Programa Bolsa Família, o recurso foi transferido ao então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ficando sob a responsabilidade do Ministério da Saúde o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mantendo-se a avaliação do estado nutricional de crianças e gestantes.

Em 2006, foi instituído o repasse financeiro para a estruturação de ações de alimentação e nutrição em estados e municípios. A partir de 2009, o recurso teve como foco a implementação da PNAN, sendo continuamente ampliado, desde 2017, para contemplar mais entes federados, abrangendo, em 2019, 1.132 municípios com mais de 30 mil habitantes.

O orçamento da CGAN é uma das bases fundamentais para promover ações e iniciativas de alimentação e nutrição na APS pelo Governo Federal, seja por meio de execução direta de ações federais ou por repasse aos demais entes federados. A transferência de recursos aos estados e municípios, reforçando a APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da atenção, também pode induzir à priorização de tais ações em âmbito local.

Além do apoio financeiro ao longo dos anos, também foi constituída uma rede de gestores de alimentação e nutrição, com responsáveis pela gestão da PNAN em estados e municípios, envolvendo gestores da APS em âmbito local, quando se trata de áreas separadas. Essa rede é apoiada pela gestão federal por meio de encontros presenciais, virtuais e meios de comunicação que possibilitam que a agenda de alimentação e nutrição na APS esteja em constante debate na rede interfederativa do SUS e, sem a qual, não seria possível a sua implementação.

Vigilância alimentar e nutricional

A vigilância alimentar e nutricional permite às equipes de APS avaliar as condições de saúde e nutrição da população adscrita e, com base no diagnóstico local, organizar as ações necessárias. As informações registradas baseando-se nos serviços de saúde da APS, que compuseram o SISVAN, inicialmente eram vinculadas à agenda de controle da desnutrição infantil e aos programas relacionados a esse agravo. Com o fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional como diretriz da PNAN, o conceito de vigilância expandiu, incorporando, na rotina da APS, as ações de vigilância alimentar e nutricional, incluindo a avaliação de indicadores de alimentação e nutrição.

A informatização do SISVAN (2003) foi um marco para a padronização e expansão do sistema na APS; contudo, a alimentação do sistema concentrava-se nas secretarias de saúde locais para posterior envio à base nacional. Esse sistema ganhou adesão dos profissionais e gestores do SUS por meio das formações, mas, devido às limitadas coberturas alcançadas e dificuldades operacionais, foi desenvolvida a plataforma *online* SISVAN-web (<https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/sisvan>), em 2008, alimentada diretamente nas unidades básicas de saúde (UBS). Entre os principais marcos do SISVAN-web destacam-se a incorporação dos marcadores de consumo alimentar e do uso dos índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por faixa etária, além da interface com os demais sistemas utilizados na APS, como o Sistema de Acompanhamento do Programa Bolsa Família na Saúde e o e-SUS AB. Além disso, na perspectiva de apoiar a estruturação da vigilância alimentar e nutricional nos municípios, desde 2011, a aquisição de equipamentos antropométricos é financiada de acordo com a realidade local. Até 2019, foram investidos recursos para equipar 24.742 UBS e 730 polos do Programa Academia de Saúde.

Desde o lançamento do SISVAN-web, 98% dos municípios apresentaram, pelo menos, um registro de antropometria e, a partir de 2014, todos passaram a ter registro. Sobre o consumo alimentar, 28% dos municípios apresentaram algum dado no período, chegando a 62% em 2019 (dados não apresentados). A Tabela 2 revela uma evolução favorável e significativa da cobertura do SISVAN e, quando observadas as faixas etárias, verifica-se maior volume de dados de crianças, principalmente as menores de cinco anos, com aumento de dois pontos percentuais ao ano.

Tabela 2

Cobertura * nacional e variação temporal do acompanhamento do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), segundo faixa etária (anos). Brasil, 2008-2019.

Faixa etária (anos)	Cobertura de acompanhamento do estado nutricional (%)												Tendência temporal (%)	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Coefficiente de regressão linear **	IC95%
0-4	12,5	16,4	22,8	21,9	21,4	28,7	29,8	32,9	34,4	34,0	36,0	35,1	2,1 ***	1,6-2,6
5-9	12,1	11,7	14,4	14,4	15,3	19,9	22,8	26,4	24,4	25,4	27,7	29,0	1,7 ***	1,4-2,0
10-19	8,2	6,7	6,7	6,9	8,7	12,3	12,4	14,1	13,3	13,6	15,1	14,6	0,9 ***	0,6- 1,1
20-59	5,0	5,6	5,9	6,2	7,5	8,9	8,7	10,3	11,2	11,8	13,1	11,7	0,8 ***	0,6-0,9
> 60	0,3	1,0	0,9	1,0	1,1	1,3	1,9	6,3	8,2	9,7	11,4	12,5	1,2 ***	0,8-1,5
Total	6,4	6,8	7,5	7,7	8,8	11,3	11,5	13,8	14,4	14,9	16,5	15,7	1,0 ***	0,9-1,2

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* O indicador de cobertura compreende a avaliação do total de pessoas com registro de antropometria, segundo relatórios públicos do SISVAN, dividido pelas estimativas populacionais por faixa etária do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), multiplicado por 100. Os dados do SISVAN foram obtidos dos relatórios publicados, disponíveis em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>, e as estimativas populacionais são disponibilizadas em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>;

** Correspondente à variação média da cobertura de acompanhamento do estado nutricional nos anos e faixas etárias analisados;

*** Resultados estatisticamente significativos (valor de $p < 0,05$).

Promoção de alimentação adequada e saudável

Para a organização das ações na APS, destacam-se as publicações dos guias alimentares, que definiram, pela primeira vez, recomendações brasileiras sobre alimentação saudável, norteadoras da organização das ações de promoção de alimentação adequada e saudável; o primeiro *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos* ⁷, publicado em 2002, e o primeiro *Guia Alimentar para a População Brasileira* ⁸, em 2006. Em 2014 ⁹, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* foi revisado, inovando com a nova classificação baseada no processamento dos alimentos e trazendo abordagens mais amplas sobre sistemas alimentares, comensalidade e superação de obstáculos relacionados à alimentação para aumentar a autonomia dos indivíduos. Em 2019 ¹⁰, para alinhá-lo às novas evidências científicas e ao novo *Guia Alimentar para a População Brasileira*, o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos* também foi revisado.

Para a implementação do *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos* na APS, em 2008, foi criada a Rede Amamenta Brasil e, em 2009, a Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável, unificadas em 2013 na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, objetivando fortalecer as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Em 2018, foi iniciada a adaptação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil para indígenas (em andamento). Diversos materiais também foram publicados para induzir a implementação do *Guia Alimentar para a População Brasileira* na APS. O Programa Saúde na Escola, instituído em 2007, indutor de ações de promoção de alimentação adequada e saudável nas escolas pelas equipes de APS, e o Crescer Saudável, lançado em 2017, também apoiaram a implementação de ações de promoção de alimentação adequada e saudável na APS.

A atual versão da PNAN (2011) apresenta um conceito ampliado de promoção de alimentação adequada e saudável, incluindo ações de educação alimentar e nutricional, regulação de alimentos e incentivo à criação de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável, com a articulação intersetorial induzida pelo setor saúde. Ainda, atribui às equipes de saúde a responsabilidade de transcender os limites das UBS para a realização de ações de promoção de alimentação adequada e saudável.

As atividades coletivas na APS passaram a ser registradas no e-SUS AB, observando-se, em 2019, que, das 1.153.898 atividades coletivas desenvolvidas pelas equipes, 26,9% abordaram a temática.

Atenção nutricional: múltipla carga de má nutrição

• Desnutrição

O incentivo para o combate às carências nutricionais, criado em 1998 como parte do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, transferia recursos diretamente aos municípios para a aquisição de leite e óleo, e distribuição nas UBS para as crianças com desnutrição. Em substituição ao Incentivo para o Combate às Carências Nutricionais (ICCN), em 2001 foi instituído o Programa Bolsa Alimentação, que previa o repasse direto de recursos às famílias beneficiárias para a aquisição de alimento (unificado, em 2003, ao Programa Bolsa Família).

Para o manejo da desnutrição na APS, seguiam-se as recomendações da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Em 2005, foi publicado o protocolo para o cuidado da criança com desnutrição, em âmbito hospitalar. Protocolos complementares para APS e em nível ambulatorial foram elaborados à época, mas não foram publicados oficialmente.

Em 2012, foi instituída a agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), voltada ao enfrentamento da desnutrição em 256 municípios que apresentavam prevalência de baixo peso acima de 10%, por meio de repasse de recursos, pactuação de metas e qualificação de ações. Essa estratégia contou com a publicação de material de apoio às equipes, incluindo a organização do cuidado à desnutrição. A avaliação da atenção nutricional à desnutrição infantil mostrou que os municípios que apresentaram melhor desempenho no cumprimento das metas foram os que registraram as maiores coberturas de APS e vigilância alimentar e nutricional, entre outros fatores ¹¹.

- **Prevenção das deficiências de micronutrientes**

As estratégias para controle das deficiências de micronutrientes, no âmbito da APS, são realizadas de forma focalizada no país desde a década de 1970. Com a publicação da PNAN, o tema foi definido como prioridade, sendo firmado um compromisso social para prevenção e controle da anemia em crianças que, na época, acometia 50% delas, reduzidos para 20% em 2006. Em 2005, foram revistos e instituídos programas de suplementação em âmbito nacional: o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), ambos na APS.

O PNSF, inicialmente, recomendava a suplementação universal em doses preventivas semanais para crianças de 6 a 18 meses e suplementação diária para gestantes e mulheres no pós-parto, em todo o país. Em 2013, o programa foi reformulado, vigorando até o presente momento a recomendação de dosagem diária e descentralizando a compra para os municípios. Em 2014, após um estudo multicêntrico de avaliação da efetividade da suplementação com multivitamínicos e minerais, lançou-se a Estratégia para Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS), para contribuir com a prevenção da anemia e demais carências nutricionais por meio da adição de sachês de micronutrientes para escolares matriculados nas creches.

O PNSVA, inicialmente, recomendava que crianças de 6 a 59 meses e mulheres no pós-parto fossem suplementadas com megadoses de vitamina A nas UBS dos municípios da Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais e Vale do Ribeira, São Paulo, endêmicos em hipovitaminose A, com posterior expansão para municípios da Amazônia Legal, áreas indígenas e municípios prioritários da Ação Brasil Carinhoso. Em 2016, a suplementação de mulheres no pós-parto foi descontinuada devido a evidências de não associação com os desfechos de morbimortalidade.

Em 2006, foram identificados casos de beribéri no Maranhão, Tocantins e Pará, em 2008, em indígenas de Roraima. Desde então, foram registrados 2.312 casos e 50 óbitos, majoritariamente de adultos jovens, negros ou indígenas, em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), baixa renda e escolaridade. O surto exigiu a organização de ações intersetoriais locais, com o apoio da gestão nacional e estadual, sendo elaborado um guia para identificação e tratamento da doença, além da disponibilização da tiamina.

- **Obesidade**

No decorrer desses 20 anos, inquéritos nacionais mostraram redução da desnutrição e aumento expressivo da obesidade em todos os ciclos de vida, induzindo a PNAN a incorporar novas ações para o seu controle. Em 2019, mais de 60% da população brasileira adulta apresentavam excesso de peso ¹².

Para a organização da APS, instrumentos de identificação precoce foram os primeiros disponibilizados por meio da vigilância alimentar e nutricional. Entre 2006 e 2007, publicaram-se os primeiros marcos para a estruturação das ações de prevenção e controle da obesidade no SUS e apoio à prevenção e ao tratamento de indivíduos nessa condição, na APS. Com a instituição da Rede de Doenças Crônicas e da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade Ações e Desafios (LCSO), em 2013, intensificou-se o processo de organização da prevenção e do tratamento do excesso de peso, sendo atualizados os materiais com novas estratégias de abordagem.

Dados do PMAQ-AB, baseados em entrevistas com profissionais da APS sobre o cuidado de pessoas com obesidade, revelaram no primeiro ciclo (2011) que 39,9% das equipes programavam ofertas de cuidado. No segundo (2013), 56,2% organizavam consultas de acompanhamento, 54% convidavam os usuários para participação em atividades coletivas sobre alimentação saudável e atividade física e 55,3% acionavam o apoio matricial para apoiar esse acompanhamento. Já no terceiro ciclo (2017), 80,7% das equipes informaram realizar acompanhamentos, 75,5% ofertavam ações voltadas à alimentação saudável e 72,2% acionavam o apoio matricial para o acompanhamento desses usuários na UBS. Entretanto, o encaminhamento para o serviço especializado ainda é uma prática comum, realizada por 80,2% das equipes.

Na agenda de obesidade infantil sempre foram priorizadas as ações de promoção da saúde; porém, em 2017, foi lançado o Crescer Saudável, para induzir que as equipes de APS, por meio do Programa

Saúde na Escola, identifiquem as crianças com excesso de peso ofertem ações de cuidado, mediante repasse de recursos e pactuação de metas.

Formação

A análise temporal das ações de formação e qualificação de profissionais do SUS mostra conexão dos temas e tipos de estratégias adotadas nos distintos contextos institucional, político e epidemiológico, em que as duas versões da PNAN foram delineadas. Destacam-se três períodos importantes, considerando-se as diferentes estratégias.

O primeiro período (1999-2006), foi marcado por formação de gestores e profissionais da APS nos temas direito humano à alimentação adequada, segurança alimentar e nutricional, promoção da saúde no ciclo da vida; implementação de programas de controle e prevenção da desnutrição infantil, carências nutricionais e programas federais de transferência de renda. As estratégias de formação envolveram oficinas presenciais em todos os níveis de gestão. Nesse período, foram constituídos os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN), que conduziram capacitações sobre a gestão dos programas mencionados e vigilância alimentar e nutricional, em parceria com as áreas técnicas de alimentação e nutrição dos estados e do Distrito Federal até 2011.

O segundo (2007-2014), destaca-se pela oferta de cursos de especialização para gestores locais de saúde e profissionais da APS. Foram realizadas formações presenciais e a distância em gestão das políticas de alimentação e nutrição e em nutrição na APS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Outros marcos relevantes foram: institucionalização dos CECAN, formalizando a rede colaborativa nacional, e a instituição da RedeNutri, em 2003, que a partir de 2009, passou a contribuir para a formação de profissionais, por meio de cursos autoinstrucionais. Porém, deixou de ser atualizada em 2017, por recomendação de unificação das informações no portal da APS e Ministério da Saúde.

No terceiro período (2015-2019), foram adotadas outras estratégias, como: seleção pública para o financiamento de projetos de pesquisa, extensão e formação de profissionais da APS para qualificar o diagnóstico, prevenção e tratamento da obesidade; elaboração de curso sobre ações de promoção de alimentação adequada e saudável na APS; e cursos livres e de especialização para a formação e a qualificação em obesidade.

Discussão

Durante os últimos 20 anos, a PNAN tem sido o principal orientador de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição no SUS, incidindo também sobre outros setores, considerando seu caráter intersetorial. Nesse sentido, verificou-se que a atualização da PNAN manteve a maior parte de suas diretrizes e prioridades, mas acompanhou as mudanças no campo da saúde e de segurança alimentar e nutricional, reforçando a atenção nutricional, ampliando a inserção da agenda da nutrição no SUS e dando maior visibilidade às ações implementadas na APS.

Na primeira década da PNAN, a prevenção de carências nutricionais e desnutrição destacavam-se na agenda da APS, alterando-se com a criação de programas e ações de formação voltados à obesidade e ao maior espaço às recomendações e materiais para a APS sobre promoção de alimentação adequada e saudável. Resultados corroborados por um estudo que identificou ações desenvolvidas consoantes ao cenário epidemiológico do país ¹³.

O enfrentamento da múltipla carga da má nutrição exige maior protagonismo do setor saúde, em articulação com os demais setores ¹⁴, repercutindo na necessidade de equipes ampliadas da APS. Essas devem desenvolver ações da promoção da saúde ao tratamento de doenças, considerar as especificidades do território, mapear fatores que impactam a saúde dos indivíduos e realizar articulação interseccional para apoiar a construção de ambientes promotores da alimentação saudável ¹⁵. Soma-se a isso a necessidade de diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional no território ¹⁶.

Com base em dados dos serviços e de inquéritos e pesquisas, foi verificado o impacto das ações na APS em desfechos nutricionais e o aumento da cobertura do SISVAN. A redução da desnutrição infantil, entre 1996 e 2006, por exemplo, ocorreu, entre outros fatores, devido à universalização da

atenção à saúde, com a expansão da APS¹⁷. O aumento da cobertura do SISVAN ocorreu na medida em que houve alguma indução, como o acompanhamento do Programa Bolsa Família e o financiamento para a estruturação e a informatização das UBS. Observa-se, por exemplo, que o aumento na cobertura de acompanhamento do estado nutricional foi positivamente correlacionado à cobertura de ESF entre 2008 e 2013¹⁸.

Os programas de transferência de renda federais, concebidos para contribuir com a segurança alimentar e nutricional, incorporaram condicionalidades relacionadas à alimentação e nutrição na saúde, o que explica o maior volume dos dados do SISVAN ser proveniente do Programa Bolsa Família, apontando para a possibilidade de universalizar a cobertura para além deste público. O acompanhamento regular de beneficiários do Programa Bolsa Família na APS mostrou ser um fator de proteção para a desnutrição, a anemia e o excesso de peso infantil¹⁹, reforçando o impacto positivo da APS na garantia dos direitos à saúde e à alimentação adequada de famílias em situação de vulnerabilidade social^{14,20}.

A adequação dos programas de prevenção de carências nutricionais depende da produção contínua de evidências, inerente à vigilância alimentar e nutricional ampliada. Contudo, inquéritos populacionais e pesquisas nacionais não têm sido desenvolvidos com a periodicidade adequada para acompanhar as mudanças alimentares e nutricionais da população e orientar oportunamente a reformulação desses programas; o último inquérito com dados de prevalência de deficiências de micronutrientes em crianças é de 2006, e em adultos, de 2013²¹. O *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil* (ENANI. <https://enani.nutricao.ufrj.br/>), realizado entre 2019 e 2020, apresentará um perfil atualizado das carências nutricionais em crianças brasileiras e possibilitará o aprimoramento dessas ações.

No tocante à promoção de alimentação adequada e saudável, os guias alimentares foram os principais marcos e nortearam as recomendações, a elaboração de materiais e a criação de programas implementados na APS no período. A versão atual do *Guia Alimentar para a População Brasileira* modificou a forma de pensar em refeições e alimentos, fortaleceu as dimensões socioculturais da alimentação, dando foco às práticas culinárias, alimentação e comensalidade²². A promoção de alimentação adequada e saudável na APS exige adaptação às realidades locais, considerando os sistemas alimentares e a oferta de alimentos nos territórios, indo além da realização de orientação e educação alimentar e nutricional, incluindo a articulação intersetorial em sua prática.

Estudos nacionais mostraram que as ações de promoção de alimentação adequada e saudável aconteciam em 72% das UBS e que as equipes de APS realizavam orientações sobre alimentação na rotina dos atendimentos²³ em mais de 30% dos entrevistados²⁴. No entanto, não foram avaliados os impactos dessas abordagens. Dados locais mostram que, quando as equipes de APS priorizam as ações de promoção de alimentação adequada e saudável conforme as diretrizes dos guias ou estratégias nacionais, há benefícios na saúde e nutrição dos usuários²⁵.

No Brasil, a alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados vem sendo gradualmente substituída por alimentos ultraprocessados²⁶, já o consumo de nutrientes críticos, associados às DCNTs, não têm sido reduzido, levando a um risco aumentado dessas doenças na população²⁷. A priorização da temática promoção de alimentação adequada e saudável, portanto, segue como desafio na APS. Potencializar a implementação dos guias na APS será fundamental para contribuir para a reversão do perfil alimentar e nutricional vigente, no contexto das comunidades, de forma complementar a políticas e medidas de proteção de ambientes alimentares²⁸.

Como resultado dessas mudanças no consumo alimentar dos brasileiros, o excesso de peso é o principal agravado, cuja resolução requer esforços de todos os setores e, no âmbito da saúde, a APS tem função estratégica. Em 2007 e 2013, foram publicados marcos normativos e materiais para qualificar as ações e oportunizar a organização intersetorial para a prevenção e controle da obesidade, modelo inovador de coordenação intersetorial de políticas²⁹. Apesar disso e do esforço das equipes ao longo dos anos para a oferta de cuidado para obesidade, é alto o percentual de encaminhamentos de pessoas obesas para outro ponto de atenção. Além disso, das mais de 105 milhões de consultas anuais realizadas na APS, apenas 2,85% tinham como motivo a obesidade, 10,51% diabetes e 26,38% hipertensão arterial sistêmica, indicando que a obesidade pode não estar sendo identificada como problema pelos profissionais da APS³⁰.

A baixa adesão dos usuários aos processos terapêuticos e os consequentes sentimentos de frustração e de impotência vivenciados por profissionais, a atuação em equipe multiprofissional e a constatação de despreparo para lidar com a complexidade do processo saúde/doença relacionado à obesidade foram apontados por profissionais de saúde como os principais desafios enfrentados no cuidado com as pessoas com obesidade ³¹. A limitação em conhecimentos para realizar orientações nutricionais e para o controle do peso por profissionais de saúde também já foi constatada em estudo nacional ³², apontando para a necessidade de investir-se em qualificação para aprimorar a abordagem da obesidade na APS. Nos últimos anos, houve esforços da gestão federal para desenvolver estratégias de formação para profissionais e gestores da APS, por meio de parcerias com universidades e disponibilização de cursos nessa temática.

Além da qualificação, a LCSO, como parte da Rede de Doenças Crônicas, foi uma estratégia da gestão para garantir o cuidado às pessoas com obesidade. A reorganização dos serviços de saúde em redes e de linhas de cuidado favorece uma abordagem mais integrada e intrasetorial da obesidade, tendo na intersetorialidade a possibilidade de fortalecer-se a conformação de sistemas alimentares promotores da alimentação adequada e saudável de forma sustentável ³³. A proposição da LCSO induziu processos de comunicação e aproximação dos diferentes pontos de atenção nos estados e municípios, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, porém; em 2017, com o fim da obrigatoriedade de existir uma linha de cuidado, aprovada para a habilitação da prestação de assistência hospitalar de alta complexidade ao indivíduo com obesidade foi avaliado como crítico ¹³.

Embora se reconheça o esforço brasileiro de expressar formalmente a sua vontade política de enfrentamento da obesidade, por meio de acordos internacionais e metas nos planos de saúde e de segurança alimentar e nutricional ³⁰, a obesidade segue aumentando no país, exigindo a implementação de políticas públicas regulatórias que interfiram nos ambientes e no sistema alimentar ³⁴. Caso nenhuma medida efetiva seja implementada, é estimado que mais de 7 milhões de crianças e adolescentes estejam obesos em 2030 ³⁵. Em 2018, já tinham sido gastos com obesidade, hipertensão e diabetes no SUS cerca de 3,45 bilhões de Reais ³⁶, demonstrando o quão urgente é o quadro, não só para a saúde da população, mas também para a economia do país.

O aprimoramento da alimentação e nutrição na APS deve ocorrer baseado em evidências científicas. Contudo, uma revisão sistemática conduzida em 2017 revela que a produção acadêmica sobre o tema está aquém das necessidades de geração de evidências para orientar a gestão pública ³⁷. Há lacunas na proposição de intervenções inovadoras, viáveis e efetivas, na avaliação de ações e programas, especialmente os relacionados à obesidade, necessidades alimentares especiais e terapia nutricional na APS. Há também poucos estudos que incluam a articulação da APS com outros pontos da rede de atenção à saúde e com outros setores, além da educação. No âmbito da gestão da APS, há ausência de pesquisas que identifiquem suas fragilidades e de ferramentas que auxiliem na sua superação; proponham métodos inovadores de educação permanente; e desenvolvam avaliações de impacto das ações e análises econômicas sobre o tema ^{37,38}. Esses achados corroboram as demandas de pesquisa em alimentação e nutrição identificadas pela CGAN, materializadas em editais de pesquisa nos últimos anos.

Este é o primeiro estudo a sistematizar o histórico dos 20 anos da PNAN no âmbito da APS, trazendo importantes contribuições baseadas em acervo de documentos e publicações científicas sobre o tema. Porém, apresenta limitações por ser apenas uma análise documental. A realização de entrevistas com os principais atores envolvidos poderia elucidar questões não apresentadas nos documentos analisados. Ademais, todos os autores possuem envolvimento direto com o tema, como trabalhadores da CGAN, o que pode ter gerado vieses de análise sobre a evolução da alimentação e nutrição na APS.

Conclusão

A agenda de alimentação e nutrição na APS evoluiu com o intuito de responder aos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição no país, inicialmente, priorizando a redução da desnutrição e, mais recentemente, passando a dar maior ênfase à obesidade. Foram identificados importantes marcos que contribuíram para o avanço da organização da nutrição na atenção primária. Contudo, a universalização dessas ações em âmbito local ainda constitui um importante desafio a ser superado. Além disso, entende-se que a múltipla carga da má nutrição demanda articulação intersetorial, que também pode ser potencializada com base na APS.

Colaboradores

G. A. Bortolini, T. N. Pereira, E. A. F. Nilson e A. C. L. Pires participaram da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. M. F. M. Alves, M. K. P. Ramos, S. A. Silva e M. F. C. C. Carvalho colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. L. A. Bressan participou da redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo. L. A. Faller contribuiu na revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Gisele Ane Bortolini (0000-0002-7830-9134); Tatiane Nunes Pereira (0000-0001-9312-5758); Eduardo Augusto Fernandes Nilson (0000-0002-2650-4878); Ana Carolina Lucena Pires (0000-0002-2308-0336); Maria Fernanda Moratori Alves (0000-0002-3571-8974); Mayara Kelly Pereira Ramos (0000-0003-0682-4222); Sara Araújo da Silva (0000-0002-2605-378X); Maria de Fátima C. C. de Carvalho (0000-0002-5412-5314); Lilian Ânima Bressan (0000-0001-5113-7240); Livia de Almeida Faller (0000-0002-7081-3758).

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 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; 20 set.
2. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
3. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Rev Nutr* 2011; 24:809-24.
5. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>. (acessado em Ago/2020).
7. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

8. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
10. Departamento de Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
11. Ramos MKP, Lima AMC, Gubert MB. Agenda para intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde. *Rev Nutr* 2015; 28:641-53.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
13. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do SUS. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1829-36.
14. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, Brinsden H, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. *Lancet* 2019; 393:791-846.
15. Botelho FC, França Junior I. Como a APS pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e159.
16. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
17. Monteiro CA, Benício MHD'A, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:35-43.
18. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no sistema de vigilância alimentar e nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00161516.
19. Jaime PC, Vaz ACN, Nilson EAF, Finseca JCG, Guadagnin SC, Silva SA, et al. Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. In: Sousa MF, Ximenez DA, Jaime PC, organizadores. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate: resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Bolsa Família*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 49-63.
20. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:4331-40.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização de saúde, acidentes e violência. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
22. Oliveira MSS, Amparo-Santos L. Food-based dietary guidelines: a comparative analysis between the Dietary Guidelines for the Brazilian Population 2006 and 2014. *Public Health Nutr* 2018; 21:210-17.
23. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:837-44.
24. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thumé E, Silveira DS, et al. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16:995-04.
25. Baldissera R, Issler RMS, Giugliani ERJ. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00101315.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.
27. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Louzada MLC, Machado PP. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019.
28. Bortolini GA, Moura ALP, Lima AMC, Moreira HOM, Medeiros O, Diefenthaler ICM, et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev Panam Salud Pública* 2019; 43:e59.
29. Pinheiro MC, Moura ALSP, Bortolini GA, Coutinho JG, Rahal LS, Bandeira LM, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. *Rev Panam Salud Pública* 2019; 43:e58.
30. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44:e39.
31. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00093419.

32. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health* 2016; 16:1114.
33. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00006016.
34. Castro IRR. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00100017.
35. World Obesity Federation. Atlas of childhood obesity. London: World Obesity Federation; 2019.
36. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44:e32.
37. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gac Sanit* 2018; 32:297-303.
38. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18:297-308.

Abstract

This study aimed to systematize food and nutrition actions developed in primary health care (PHC) from 1999 to 2019, identifying advances in this period and current perspectives. This is a qualitative study that analyzed documents published between 1999 and 2020, available in scientific databases and in the gray literature. In addition, a quantitative analysis was conducted using information systems from the Brazilian Ministry of Health, such as the Food and Nutrition Surveillance System and the Health Information System for Primary Care, and microdata from the Program for National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). The actions and regulatory milestones identified were categorized as federal administration, food and nutrition surveillance, promotion of proper healthy food, nutritional care – multiple burdens of poor nutrition and training. The results showed food and nutrition actions followed the pace of the epidemiological scenario, considering the multiple burdens of poor nutrition. The first decade was more focused on handling issues involved in hunger, malnutrition and micronutrient deficiency and, in 2006, it started to emphasize prevention and care for people with obesity and other non-communicable chronic diseases and promote proper healthy food, developing actions in the period with a strong intersectoral character and understanding PHC as a priority field of action in the Brazilian Unified National Health System (SUS). The universalization of food and nutrition actions in PHC is still a current challenge.

Nutrition Programs and Policies; Primary Health Care; Nutrition Programs; Public Policy

Resumen

El objetivo del estudio es sistematizar las acciones de alimentación y nutrición desarrolladas en la atención primaria a la salud (APS), de 1999 a 2019, identificando los avances durante este período y perspectivas actuales. Es una investigación cualitativa, realizada basándose en el análisis de documentos publicados entre 1999 y 2020, disponibles en bases de datos científicas y en literatura gris. Asimismo, se realizó un análisis cuantitativo, valiéndose de sistemas de información del Ministerio de Salud, como el Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional y el Sistema de Información en Salud para la Atención Básica, así como de los microdatos procedentes del Programa Nacional de Mejoría de Acceso y Calidad de la Atención Básica (PAMQ-AB). Las acciones y marcos normativos identificados fueron categorizados en gestión, vigilancia alimentaria y nutricional, promoción de la alimentación adecuada y saludable, atención nutricional - múltiple carga de mala nutrición y formación. Los resultados revelan que las acciones de alimentación y nutrición acompañaron el escenario epidemiológico, considerándose la múltiple carga de la mala nutrición, estando la primera década más dirigida al combate del hambre, desnutrición y carencias de micronutrientes y, a partir de 2006, pasó a dar énfasis a la prevención y cuidado de personas con obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles, además de la promoción de la alimentación adecuada y saludable, desarrollando, durante todo el período, acciones con un fuerte carácter intersectorial y comprendiendo el locus de la APS como campo prioritario de actuación en el Sistema Único de Salud. La universalización de las acciones de alimentación y nutrición en la APS constituye un desafío todavía actual.

Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación; Atención Primaria de Salud; Programas de Nutrición; Política Pública

Recebido em 03/Ago/2020

Versão final reapresentada em 28/Jan/2021

Aprovado em 01/Fev/2021