

# Condições institucionais para a implementação de ações de alimentação e nutrição e cuidado às pessoas com obesidade no estado do Rio de Janeiro

*Institutional conditions for the implementation of food, nutrition, and healthcare actions for people with obesity in the state of Rio de Janeiro*

Evelyne Lobato, Luciene Burlandy, Katiana dos Santos Teléfora, Tais de Moura Ariza Alpino, Cláudia Roberta Bocca Santos, Luciana Maria Cerqueira Castro

Autoria

Metadados

## RESUMO

**Introdução:** A organização do sistema de saúde, especialmente da atenção primária, frente às crescentes prevalências de obesidade, demanda estratégias mais efetivas de cuidado e promoção da saúde, assim como o conhecimento e reforço das condições institucionais e de gestão para a implementação de políticas públicas em âmbito municipal. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é analisar as condições institucionais para a implementação de ações de alimentação e nutrição e cuidado das pessoas com excesso de peso em municípios do estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** O estudo foi realizado entre 2019 e 2021, com abordagens quantitativas e qualitativas envolvendo diferentes instrumentos. **Resultados:** Foram identificadas distintas condições institucionais e de gestão dos municípios estudados, sendo que aqueles com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) têm melhores condições de implementação das ações de alimentação e nutrição. Dentre os desafios, estão a baixa institucionalidade das áreas de alimentação e nutrição, a alta rotatividade de cargos de gestão, a sobrecarga de funções, a inadequação entre quantitativo de profissionais e demandas em saúde, as fragilidades dos vínculos empregatícios e salários, além da complexidade de lidar com o cuidado das pessoas com obesidade. **Conclusão:** Esse cenário dificulta a implementação abrangente da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos municípios e pode repercutir negativamente em processos que são estratégicos para a implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas públicas. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Obesidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** In light of the increasing prevalence of obesity, the organization of healthcare systems, particularly primary care, demands more effective care and health promotion strategies, as well as stronger institutional capacity and management support for the implementation of public policies at the municipal level. **Objective:** Accordingly, this study aims to analyze the institutional conditions for implementing food and nutrition programs targeting overweight individuals in municipalities in the state of Rio de Janeiro. **Methodology:** The research was conducted between 2019 and 2021, employing a mixed-methods approach that integrated quantitative and qualitative data collection instruments. **Results:** The findings revealed significant variations in institutional and management conditions across the municipalities studied. Municipalities with higher Municipal Human Development Index (MHD) scores demonstrated more favorable conditions for implementing food and nutrition actions. Key challenges identified include the low level of institutionalization of food and nutrition policies, high staff turnover, excessive workloads, insufficient staffing, precarious employment conditions, low wages, and the complexity of providing care for individuals with obesity. **Conclusion:** This scenario hinders the comprehensive implementation of the National Food and Nutrition Policy at the municipal level and may negatively affect processes essential to the implementation of the Overweight and Obesity Care Line.

**KEYWORDS:** Public Policy. National Food and Nutrition Policy. Health Management. Primary Health Care. Obesity.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) define propósito, diretrizes e responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios<sup>1</sup>, visando atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao diálogo com outras políticas públicas.

O sistema federativo brasileiro organiza diferentes tipos e graus de responsabilidade na implementação de políticas públicas, e concentra a maior parte da execução das ações de alimentação e nutrição (A&N) nos municípios. Compreender este processo a partir do prisma das condições institucionais, do porte populacional, localização territorial e dinâmica econômica do município contribui para identificar desafios e potencialidades para a gestão e o cuidado em saúde<sup>2-4</sup>.

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) possui alta densidade demográfica e diferentes dinâmicas econômicas, apesar de seu reduzido território e número de municípios<sup>5</sup>. As prevalências crescentes de obesidade na população adulta<sup>6</sup> demandam estratégias mais efetivas de cuidado e promoção da saúde, ampliando a resolubilidade da atenção primária à saúde (APS)<sup>7</sup> e reforçando seu papel de coordenação.

São escassos os estudos que analisem as condições institucionais e de gestão para a implementação das ações de A&N em âmbito municipal, que indiquem pontos críticos que afetam, inclusive, as possibilidades de operacionalização de outras políticas no âmbito do SUS e subsidiem o debate sobre relações interfederativas.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as condições institucionais para a implementação de ações de A&N e cuidado das pessoas com excesso de peso em municípios do ERJ no período de 2019 a 2021.

## MÉTODOS

A pesquisa integrou um projeto operacionalizado por instituições de ensino superior (IES) do ERJ e secretarias municipais e estadual de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde (MS). A coleta de dados abarcou: (1) questionário eletrônico denominado “Diagnóstico situacional de programas e ações relacionados à PNAN”, elaborado pelo MS e aplicado em parceria com IES, entre 2019 e 2021, com dois componentes - gestão e atenção nutricional, mencionado a partir de então apenas como “Diagnóstico da PNAN”; (2) questionário eletrônico, aplicado por meio de questionário eletrônico do MS - FormSUS<sup>8</sup>, para as referências municipais de Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN); (3) entrevistas telefônicas com referências de ATAN ou profissionais de saúde em que esta não é formalizada; (4) entrevistas por vídeo com

atores chave de ATAN de municípios das diferentes regiões de saúde do ERJ. O estudo parte dos dados quantitativos referentes ao Diagnóstico da PNAN e integra uma análise de contexto por meio dos instrumentos qualitativos (Quadro 1).

Inicialmente, foram encaminhados e-mails para informar aos secretários municipais de saúde sobre a pesquisa. O contato com as coordenações da APS e referências municipais de ATAN para a indicação de respondentes do Q-CG e dos gerentes das unidades selecionadas para o Q-CAN iniciou-se em novembro de 2020. A Superintendência de APS da Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES-RJ) foi parceira de todo o processo, principalmente com a sinalização das referências de A&N dos municípios, além da potencialização da divulgação do estudo em diferentes espaços de gestão. O acesso aos questionários foi liberado de janeiro a setembro de 2021.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi utilizado de forma complementar à análise descritiva baseada em frequência absoluta. Ele é formado por parâmetros de três dimensões: educação, longevidade e renda, variando de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano<sup>9</sup>. Para a distribuição dos municípios pelo IDHM, foram utilizados os dados do Censo de 2010 e realizada a estratificação em dois grupos, considerando a mediana de IDHM do ERJ: o IDHM médio do grupo 1 é 0,681 (variando de 0,611 a 0,712) e o do grupo 2 é 0,737 (variando de 0,713 a 0,837). Este indicador foi utilizado na análise dos dados dos questionários (Q-CAN e Q-CG). Como diferentes profissionais de cada município responderam o Q-CAN, a unidade de análise destes dados foi o município, com utilização da moda das respostas, ou seja, a resposta mais frequente em cada um dos municípios. No caso de “empate”, todas as mais frequentes foram consideradas.

O questionário FormSUS foi aplicado entre 2019 e 2020, preenchido por 39 municípios (42,9%) antes da interrupção de seu uso no início de 2021. Foram realizadas 31 entrevistas telefônicas, entre janeiro e fevereiro de 2020, e nove entrevistas por vídeo, entre agosto e novembro de 2021, as quais utilizaram roteiro semiestruturado, com duração média de 20 e 40 minutos, respectivamente, e foram gravadas e transcritas. Fez-se a categorização e análise de conteúdo na modalidade temática<sup>10</sup>, considerando as dimensões utilizadas no estudo (Quadro 1).

Os dados quantitativos foram registrados em tabelas do *software* Microsoft Excel® e categorizados para posterior análise. O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (parecer n.º :3.288.424; CAAE n.º 10514819.8.0000.5259) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (parecer n.º 4.120.441; CAAE n.º 10514819.8.3001.5279). Os participantes de todos os instrumentos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Quadro 1** – Quadro síntese das estratégias metodológicas, participantes e dimensões de análise utilizadas no estudo, ERJ, 2021

Métodos e instrumentos		Participantes	Dimensões de análise
<p>Abordagem quantitativa.</p> <p><b>Diagnóstico da PNAN: questionários eletrônicos</b> (<i>Survey Monkey</i>®) - semiestruturados e autoaplicáveis.</p> <p>Organizado em dois componentes: Gestão e Atenção Nutricional.</p>	<p><b>Gestão</b> (73 questões)</p>	<p>Respondido preferencialmente pela referência técnica/coordenação de A&amp;N ou pelo responsável pela APS municipal. Convidou-se um representante de cada um dos 92 municípios do ERJ para participação no estudo.</p>	<p>Perfil da ATAN; relações institucionais e gestão orçamentária para o desenvolvimento de ações de A&amp;N; ações desenvolvidas para a gestão do cuidado das pessoas com obesidade.</p>
	<p><b>Atenção Nutricional</b> (95 questões)</p>	<p>Dirigido a profissionais da APS, preferencialmente nutricionista ou outro com experiência na organização e gestão do cuidado de pessoas com excesso de peso, indicado pelo gerente da unidade de saúde. Amostragem aleatória simples de unidades de saúde (margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%), calculada pelo MS por porte populacional dos municípios e segundo critérios para repasse do FAN: &lt;30 mil habitantes (que ainda não recebiam o FAN); entre 30 mil e 149.999 habitantes; &gt;150 mil habitantes; Capital.</p>	<p>Análise do território; ações desenvolvidas para a gestão do cuidado das pessoas com obesidade; implementação da LCSO.</p>
<p>Abordagem quantitativa.</p> <p>Questionário <b>FormSUS</b> (questões abertas e fechadas). (19 questões)</p>		<p>Gestores e profissionais de ATAN municipais.</p> <p>Convidou-se um representante de cada um dos 92 municípios do ERJ para participação no estudo.</p>	<p>Condições institucionais e de gestão das ATAN municipais; ações de A&amp;N que possuam interface com a LCSO; ações incluídas nos Planos Municipais de Saúde.</p>
<p>Abordagem qualitativa.</p> <p><b>Entrevistas</b> (questionários semiestruturados)</p>	<p><b>Entrevistas telefônicas</b> (12 questões)</p>	<p>Gestores e profissionais das ATAN municipais.</p> <p>Convidou-se um representante de cada um dos 92 municípios do ERJ para participação no estudo.</p>	<p>Estrutura institucional do município e atribuições da ATAN; ações relacionadas com o cuidado da obesidade; relação da ATAN com outros setores.</p>
	<p><b>Entrevistas por vídeo chamada</b> (10 questões)</p>	<p>Atores chaves (referências municipais das ATAN) que mantêm importante diálogo com a SES-RJ para aprofundar as questões.</p>	

A&N: Alimentação e Nutrição; APS: Atenção Primária à Saúde; ATAN: Área técnica ou coordenação de Alimentação e Nutrição; ERJ: estado do Rio de Janeiro; LCSO: Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade; FAN: Fundo de Alimentação e Nutrição; MS: Ministério da Saúde; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; SES-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Fonte: elaborada pelas autoras

## RESULTADOS

No total, 65 municípios (70,6%) do ERJ participaram de ao menos um dos instrumentos aplicados, sendo que 39,1% responderam a pelo menos um instrumento das duas abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) e 29,4% não participaram de nenhum deles, sendo o maior percentual em municípios com menor IDHM. Quanto ao porte populacional, a maior participação nos dois questionários do Diagnóstico da PNAN ocorreu em municípios com mais de 150 mil habitantes e a menor foi registrada nos municípios com menos de 30 mil habitantes (Tabela 1).

**Tabela 1** – Participação dos municípios por estratégia metodológica, ERJ, 2021

Municípios por porte populacional ou IDHM	Número de municípios	Abordagens qualitativas		Abordagens quantitativas			Participação nos instrumentos e métodos				
		Entrevistas		FormSUS	Diagnóstico da PNAN		Ao menos um	Quali e quanti (ao menos um de cada)	Apenas quanti (ao menos um)	Apenas quali (ao menos um)	Nenhum
		Telefone	Vídeo*		Componente gestão - resposta municipal	Componente atenção nutricional - nº de municípios					
Mais de 150 mil habitantes	21	11 (52,4)	6 (28,5)	9 (42,8)	15 (71,4)	10 (47,6)	18 (85,7)	14 (66,7)	1 (4,8)	3 (14,3)	3 (14,3)
30 a 150 mil habitantes	31	13 (41,9)	2 (6,4)	10 (32,2)	19 (61,3)	8 (25,8)	26 (83,9)	13 (42,0)	4 (12,9)	9 (29,0)	5 (16,1)
Menos de 30 mil habitantes	40	9 (22,5)	1 (2,5)	12 (30,0)	12 (30,0)	3 (7,5)	21 (52,5)	9 (22,5)	2 (5,0)	10 (25,0)	19 (47,5)
IDHM (0,611 a 0,712)	46	12 (26,1)	2 (4,3)	17 (36,9)	19 (41,3)	7 (15,2)	28 (63,0)	14 (30,4)	13 (28,3)	2 (4,3)	17 (36,9)
IDHM (0,713 a 0,837)	46	21 (45,6)	7 (15,2)	22 (47,8)	27 (58,7)	14 (30,4)	37 (87,3)	22 (47,8)	9 (19,6)	5 (10,9)	10 (21,3)
Total	92 (100,0)	33 (35,9)	9*	39 (42,4)	46 (50,0)	21 (22,8%)	65 (70,6)	36 (39,1)	7 (7,6)	22 (23,9)	27 (29,4)

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição. \* Atores-chaves foram convidados e, posteriormente, entrevistados com o objetivo de aprofundar a análise

Fonte: elaborada pelas autoras

## Caracterização dos sujeitos de pesquisa

O perfil majoritário dos participantes de ambos os questionários (Q-CG e Q-CAN) é do sexo feminino (respectivamente, 95,7% e 93,0%), dado que se mantém nos instrumentos qualitativos e, no FormSUS, na faixa etária entre 31 e 40 anos (ambos 43,5%), de cor/raça branca (67,4% e 52,2%).

No Q-CG, a maioria tinha formação em Nutrição (87%) e era servidor(a) público(a) municipal (60,9%), atuando como referência de A&N na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (73,9%), com menos de 5 anos de atuação no cargo/função atual (60,8%). Já no Q-CAN, eram majoritariamente profissionais de Enfermagem (69,6%), seguido de Nutrição (23,5%), com atuação nas Unidades de Saúde da Família (57,4%), com menos de 5 anos de atuação (65,2%) e vinculação por meio de contrato por serviço público (54,8%) (Tabela 2). Nos instrumentos qualitativos e no FormSUS, a grande maioria das referências entrevistadas também eram do sexo feminino, mas não foram identificadas sua raça/cor.

**Tabela 2** – Perfil dos respondentes do Diagnóstico da PNAN no ERJ, 2021

(continua)

<b>Características</b>	<b>Componente gestão (n=46) n (%)</b>	<b>Componente atenção nutricional (n=115) n (%)</b>
<b>Faixa etária</b>		
20-30 anos	6 (13,0)	19 (16,5)
31-40 anos	20 (43,5)	50 (43,5)
Maior de 41 anos	19 (41,3)	42 (36,5)
Não informado	1 (2,2)	4 (3,5)
<b>Sexo</b>		
Masculino	2 (4,3)	7 (6,1)
Feminino	44 (95,7)	107 (93,0)
Não deseja declarar	-	1 (0,9)
<b>Cor/raça</b>		
Indígena	-	-
Amarela	-	1 (0,9)
Branca	31 (67,4)	60 (52,2)
Parda	10 (21,7)	42 (36,5)
Preta	2 (4,3)	10 (8,7)
Não informado	3 (6,5)	2 (1,7)

(conclusão)

<b>Características</b>	<b>Componente gestão (n=46) n (%)</b>	<b>Componente atenção nutricional (n=115) n (%)</b>
<b>Formação básica</b>		
Nutrição	40 (87,0)	27 (23,5)
Enfermagem	6 (13,0)	80 (69,6)
Outros (Odontologia, Farmácia, Medicina, Educação Física)	-	8 (6,9)
<b>Cargo</b>		
Coordenador(a) ou referência da APS	8 (17,4)	-
Coordenador(a) ou referência de A&N na SMS	34 (73,9)	-
Outros	4 (8,7)	-
<b>Tipo de unidade onde atua</b>		
Unidade Básica de Saúde	-	33 (28,7)
Unidade Saúde da Família	-	66 (57,4)
NASF e APS - Tipo I e II	-	14 (12,2)
Outra	-	2 (1,7)
<b>Tempo de serviço no cargo ou função atual</b>		
Menos de 1 ano	12 (26,1)	33 (28,7)
1 a < 5 anos	15 (32,6)	42 (36,5)
5 a <10 anos	6 (13,0)	23 (20,0)
10 a <20 anos	8 (17,4)	13 (11,3)
20 anos ou mais	5 (10,9)	4 (3,5)
<b>Vínculo</b>		
Servidor público municipal	28 (61,0)	11 (9,6)
Contrato temporário	12 (26,0)	67 (58,3)
CLT	-	26 (22,6)
Outras	6 (13,0)	11 (9,6)

A&N: Alimentação e Nutrição; APS: Atenção Primária à Saúde; CLT: carteira de trabalho assinada; ERJ: estado do Rio de Janeiro; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: elaborada pelas autoras

## Perfil institucional das áreas de alimentação e nutrição no ERJ

Responderam ao Q-CG 46 servidores (50,0%) dos 92 municípios do ERJ. Destes, 36 (78,3%) afirmaram contar com uma coordenação ou outra unidade gerencial responsável por todos os programas de A&N, aqui identificadas como ATAN. Destas 36 ATAN, 23 se inserem no

organograma das SMS e 20 (43,5%) contam com cargo remunerado. A existência de ATAN e de cargo remunerado do coordenador é maior nos municípios com maior IDHM (Tabela 3).

Os instrumentos qualitativos e o FormSUS indicam diferentes conformações das ATAN municipais: com formalização ou não do setor ou ainda municípios onde não há formalização deste, porém é atribuído a um nutricionista, que não se restringe a esta função.

Apenas 5 (10,9%) ATAN existiam anteriormente à publicação da PNAN, ou seja, há mais de 20 anos, e dez (21,7%) tem de dez a 20 anos de criação. A maioria dos responsáveis técnicos (RT) tinha formação em Nutrição (73,9%) e menos de cinco anos no cargo (39,1%). Para todos estes aspectos, a maior frequência se deu em municípios com maior IDHM (Tabela 3).

Nos instrumentos qualitativos, foram relatados como desafios das ATAN para a consolidação das diretrizes da PNAN: dificuldade de consolidação institucional das ATAN, que, a depender do contexto municipal, limita as possibilidades de atuação da área; sobrecarga de funções da gestão da ATAN; insuficiência de profissionais frente às múltiplas demandas de trabalho; inadequação entre estas múltiplas demandas e os desafios para utilização dos recursos existentes; rotatividade de profissionais e infraestrutura institucional (como adequação de espaço físico e equipamentos). Soma-se a isso as distinções de vínculos empregatícios, salários e carga horária e a adequação entre a formação profissional e a complexidade do cuidado aos indivíduos com excesso de peso.

**Tabela 3 – Características das ATAN dos municípios participantes do Diagnóstico da PNAN no ERJ, 2021**

(continua)

Características	Municípios IDHM (0,611 a 0,712)	IDHM (0,713 a 0,837)	
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Existência de coordenação de A&amp;N</b>			
Sim	36 (78,3)	13 (68,4)	23 (85,2)
Não	10 (21,7)	6 (31,6)	4 (14,8)
<b>Presença no organograma da SMS</b>			
Sim, cargo remunerado	20 (43,5)	7 (36,8)	13 (48,2)
Sim, cargo não remunerado	3 (6,5)	2 (10,5)	1 (3,7)
Não está no organograma	8 (17,4)	3 (15,8)	5 (18,5)
Não, porém há função gratificada	2 (4,4)	-	2 (7,4)
Não sei	3 (6,5)	1 (5,3)	2 (7,4)
Não se aplica	10 (21,7)	6 (31,6)	4 (14,8)

(conclusão)

Características	Municípios	IDHM (0,611 a 0,712)	IDHM (0,713 a 0,837)
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Tempo de criação</b>			
Até 5 anos incompletos	6 (13,1)	2 (10,5)	4 (14,8)
5 a <10 anos	4 (8,7)	2 (10,5)	2 (7,4)
10 a <20 anos	10 (21,7)	3 (15,8)	7 (26,0)
20 anos ou mais	5 (10,9)	2 (10,5)	3 (11,1)
Não se aplica	21 (45,6)	10 (52,6)	11 (40,7)
<b>Existência de RT formalmente indicado</b>			
Sim	36 (78,2)	14 (73,7)	22 (81,5)
Não	9 (19,6)	5 (26,3)	4 (14,8)
Não sei	1 (2,2)	-	1 (3,7)
<b>Formação do RT</b>			
Nutricionista	34 (73,9)	13 (68,4)	21 (77,8)
Outras	2 (4,4)	1 (5,3)	1 (3,7)
Não sei	10 (21,7)	5 (26,3)	5 (18,5)
<b>Tempo do RT na função</b>			
Menos de 1 ano	7 (15,2)	3 (15,8)	4 (14,8)
1 a < 5 anos	11 (23,9)	3 (15,8)	8 (29,6)
5 a <10 anos	8 (17,4)	2 (10,5)	6 (22,2)
10 a <20 anos	8 (17,4)	4 (21,1)	4 (14,8)
20 anos ou mais	2 (4,4)	2 (10,5)	-
Não se aplica	10 (21,7)	5 (26,3)	5 (18,5)

A&N: Alimentação e Nutrição; ERJ: estado do Rio de Janeiro; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; RT: responsável técnico; SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: elaborada pelas autoras.

### Espaços de gestão, articulação e participação na saúde

Os gestores apontaram participação nos processos decisórios das SMS, sendo que apenas 34,8% referiram uma participação formal e regular, um pouco mais frequente em municípios com maior IDHM. Em metade dos municípios, a ATAN considera que sua autonomia decisória para proposição de projetos ocorre de modo parcial e relacionado a alguns casos sob sua responsabilidade, sendo mais frequente em municípios com menor IDHM. Há baixa participação das ATAN em colegiados do SUS, com 58,7% não participando de nenhum deles, o que foi mais expressivo em municípios com menor IDHM (Tabela 4).

Os setores que as ATAN mais desenvolvem ações intersetoriais foram Educação (91,3%) e Assistência Social (89,1%), com maior frequência em municípios com maior IDHM. Estes

dados foram corroborados nos instrumentos qualitativos.

**Tabela 4** – Interlocação da ATAN nos espaços de gestão e pactuação dos municípios participantes do Diagnóstico da PNAN no ERJ, 2021

(continua)

Características	Municípios IDHM (0,611 a 0,712) IDHM (0,713 a 0,837)		
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS</b>			
Sim, participação formal e regular	16 (34,8)	6 (31,6)	10 (37,0)
Sim, participação informal, mas regular	1 (2,2)	-	1 (3,7)
Não	5 (10,8)	4 (21,0)	1 (3,7)
Não sei	24 (52,2)	9 (47,4)	15 (55,6)
<b>Autonomia para proposição de projetos, programas ou ações em sua área de atuação</b>			
Sim	18 (39,1)	5 (26,3)	13 (48,2)
Parcialmente, para alguns casos sob responsabilidade da área	23 (50,0)	13 (68,4)	10 (37,0)
Não	3 (6,5)	1 (5,3)	2 (7,4)
Não sei	2 (4,3)	-	2 (7,4)
<b>Participação em colegiados do SUS</b>			
<b>Não participa de nenhum colegiado</b>			
Sim	27 (58,7)	13 (68,4)	14 (51,8)
Não	19 (41,3)	6 (31,6)	13 (48,2)
<b>Comissões Intersetoriais do Conselho de Saúde</b>			
Sim	9 (19,6)	2 (10,5)	7 (25,9)
Não	37 (80,4)	17 (89,5)	20 (74,1)
<b>Comissão Intergestores Regional</b>			
Sim	8 (17,4)	1 (5,3)	7 (25,9)
Não	38 (82,6)	18 (94,7)	20 (74,1)
<b>Comissão Intergestores Bipartite</b>			
Sim	5 (10,8)	1 (5,3)	4 (14,8)
Não	41 (89,1)	18 (94,7)	23 (85,2)

(continua)

Características	Municípios	IDHM (0,611 a 0,712)	IDHM (0,713 a 0,837)
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Participação no Comitê Intersetorial do PBF*</b>			
Sim	38 (82,6)	15 (79,0)	23 (85,2)
Não	3 (6,5)	2 (10,5)	1 (3,7)
Não existe	3 (6,5)	-	3 (11,1)
Não sei	2 (4,3)	2 (10,5)	-
<b>Participação no Grupo Intersetorial do PSE*</b>			
Sim	31 (67,4)	12 (63,1)	19 (70,4)
Não	10 (21,7)	4 (21,0)	6 (22,2)
Não existe	1 (2,2)	1 (5,3)	-
Não sei	4 (8,7)	2 (10,5)	2 (7,4)
<b>Setores que a ATAN mais desenvolve ações intersetoriais*</b>			
<b>Educação</b>			
Sim	42 (91,3)	18 (94,7)	24 (88,9)
Não	2 (4,3)	-	2 (7,4)
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>Assistência Social</b>			
Sim	41 (89,1)	17 (89,4)	24 (88,9)
Não	3 (6,5)	1 (5,3)	2 (7,4)
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>Principais ações desenvolvidas de forma intersetorial*</b>			
<b>PBF</b>			
Sim	44 (95,7)	18 (94,7)	26 (96,3)
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>Educação alimentar e nutricional</b>			
Sim	41 (89,1)	15 (78,9)	26 (96,3)
Não	3 (6,5)	3 (15,8)	-
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>PSE</b>			
Sim	41 (89,1)	18 (94,7)	23 (85,2)
Não	3 (6,5)	1 (5,3)	2 (7,4)
Não se aplica	2 (4,3)	-	2 (7,4)

(conclusão)

<b>Características</b>	<b>Municípios n=46 n (%)</b>	<b>IDHM (0,611 a 0,712) n= 19 n (%)</b>	<b>IDHM (0,713 a 0,837) n = 27 n (%)</b>
<b>Principais ações desenvolvidas de forma intersetorial*</b>			
<b>VAN</b>			
Sim	41 (89,1)	15 (78,9)	26 (96,3)
Não	3 (6,5)	3 (15,8)	-
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>Controle e prevenção da obesidade/sobrepeso</b>			
Sim	40 (87,0)	16 (84,2)	24 (88,9)
Não	4 (8,7)	2 (10,5)	2 (7,4)
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>Controle e prevenção das DCNT</b>			
Sim	40 (87,0)	15 (78,9)	25 (92,6)
Não	2 (4,3)	2 (10,5)	-
Não sei	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)
<b>PAAS</b>			
Sim	37 (80,4)	12 (63,1)	25 (92,6)
Não	6 (13,0)	5 (26,3)	1 (3,7)
Não sei	1 (2,2)	1 (5,3)	-
Não se aplica	2 (4,3)	1 (5,3)	1 (3,7)

ATAN: área técnica de alimentação e nutrição; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ERJ: estado do Rio de Janeiro; PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PBF: Programa Bolsa Família; PSE: Programa Saúde na Escola; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; VAN: Vigilância alimentar e nutricional.

\* Foram consideradas as ações mais prevalentes = >80%.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Nos processos decisórios que envolvem planejamento e gestão intersetorial, as ATAN participam de forma mais expressiva do Comitê Intersetorial do Bolsa Família (82,6%), com participação maior nos municípios com maior IDHM. As ações intersetoriais mais citadas para acompanhamento de pessoas com excesso de peso se referem ao Bolsa Família (95,7%) com maior frequência em municípios com maior IDHM (Tabela 4).

### **Gestão orçamentária e financeira**

As ATAN, em geral, não participam expressivamente da pactuação e do acompanhamento da gestão orçamentária municipal e os percentuais são semelhantes em

municípios com maior e menor IDHM, mas 45,5% afirmaram participar dos processos licitatórios, principalmente nos municípios com maior IDHM (Tabela 5).

A maioria dos municípios referiu receber incentivos financeiros do Crescer Saudável (65,2%) e do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) (58,7%), que foram mais frequentes entre os municípios de IDHM mais alto. Grande parte desconhecia se havia repasse estadual (58,7%) ou municipal (67,4%) de custeio para ações de A&N, sendo ligeiramente maior em municípios de menor IDHM (Tabela 5).

A destinação de recursos mais sinalizada pelos gestores foi para aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos (43,4%), ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) dirigidas à população ou com recortes específicos como fases do curso da vida (41,3%) e ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (39,1%) (Tabela 5).

Os instrumentos qualitativos destacam a falta de ingerência nas decisões sobre a destinação de verbas para fortalecer a APS e específicas para as ações de A&N e no planejamento do uso desses recursos.

**Tabela 5** – Características da gestão orçamentária e financeira das ATAN dos municípios participantes do Diagnóstico da PNAN no ERJ, 2021.

(continua)

Características	Municípios IDHM (0,611 a 0,712)		IDHM (0,713 a 0,837)
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Participação na gestão orçamentária/financeira dos recursos da sua área</b>			
Sim, planeja e acompanha	16 (34,8)	6 (31,6)	10 (37,0)
Sim, somente acompanha	1 (2,2)	-	1 (3,7)
Sim, somente planeja	8 (17,4)	3 (15,8)	5 (18,5)
Não	19 (41,3)	9 (47,4)	10 (37,0)
Não sei	2 (4,3)	1 (5,2)	1 (3,7)
<b>Participação em processos licitatórios relacionados à sua área</b>			
Sim, solicita e acompanha	21 (45,6)	7 (36,8)	14 (51,9)
Sim, somente solicita	9 (19,6)	3 (15,8)	6 (22,2)
Sim, somente acompanha	2 (4,4)	1 (5,3)	1 (3,7)
Não	10 (21,7)	4 (21,0)	6 (22,2)
Não sei	4 (8,7)	4 (21,0)	-

(continua)

Características	Municípios	IDHM (0,611 a 0,712)	IDHM (0,713 a 0,837)
	n=46 n (%)	n= 19 n (%)	n = 27 n (%)
<b>Incentivos e repasses financeiros do governo federal para ações de A&amp;N</b>			
<b>Crescer Saudável</b>			
Sim	30 (65,2)	12 (63,1)	18 (66,7)
Não	4 (8,7)	1 (5,3)	3 (11,1)
Não sei	12 (26,1)	6 (31,6)	6 (22,2)
<b>FAN</b>			
Sim	27 (58,7)	9 (47,4)	18 (66,7)
Não	7 (15,2)	4 (21,0)	3 (11,1)
Não sei	12 (26,1)	6 (31,6)	6 (22,2)
<b>Componente Básico da Assistência Farmacêutica</b>			
Sim	25 (54,3)	10 (52,6)	15 (55,6)
Não	21 (45,7)	9 (47,4)	12 (44,4)
Não sei	-	-	-
<b>VAN</b>			
Sim	20 (43,5)	7 (36,8)	13 (48,2)
Não	8 (17,4)	4 (21,1)	4 (14,8)
Não sei	18 (39,1)	8 (42,1)	10 (37,0)
<b>Incentivos e repasses financeiros do governo estadual para ações de A&amp;N no município</b>			
Sim	5 (10,9)	2 (10,5)	3 (11,1)
Não	14 (30,4)	5 (26,3)	9 (33,3)
Não sei	27 (58,7)	12 (63,2)	15 (55,6)
<b>Custeio do próprio município para ações de A&amp;N</b>			
Sim	4 (8,7)	3 (15,8)	1 (3,7)
Não	11 (23,9)	3 (15,8)	8 (29,6)
Não sei	31 (67,4)	13 (68,4)	18 (66,7)
<b>Destinação de recursos*</b>			
<b>Aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos</b>			
Sim	20 (43,4)	9 (47,4)	11 (40,7)
Não	13 (28,3)	5 (26,3)	8 (29,6)
Não sei	13 (28,3)	5 (26,3)	8 (29,6)

(conclusão)

Características	Municípios n=46 n (%)	IDHM (0,611 a	IDHM (0,713 a
		0,712) n= 19 n (%)	0,837) n = 27 n (%)
<b>Destinação de recursos*</b>			
<b>PAAS</b>			
Sim	19 (41,3)	7 (36,8)	12 (44,4)
Não	14 (30,4)	8 (42,1)	6 (22,2)
Não sei	13 (28,3)	4 (21,1)	9 (33,3)
<b>Ações de diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e DCNT</b>			
Sim	18 (39,1)	8 (42,1)	10 (37,0)
Não	12 (26,0)	6 (31,6)	6 (22,2)
Não sei	17 (36,9)	5 (26,3)	11 (40,7)

A&N: alimentação e nutrição; ATAN: Área técnica ou coordenação de Alimentação e Nutrição; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; ERJ: estado do Rio de Janeiro; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; FAN: Fundo de Alimentação e Nutrição; PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional.

\*Suplementos de ferro e ácido fólico; \*\*Foram consideradas as ações >30%.

Fonte: elaborada pelas autoras.

## O cuidado das pessoas com obesidade nos serviços de saúde

Os municípios indicam realizar a análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território (estado nutricional e/ou consumo alimentar dos usuários, estudos sobre determinantes dos problemas alimentares e nutricionais no território) e a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é implementada na maioria das unidades da APS, independente do IDHM. Contudo, muitos não discutem os indicadores de VAN (Tabela 6).

As estratégias mais citadas para organização e coordenação do cuidado foram o uso de protocolo de encaminhamento da APS para a Atenção Especializada, a central/unidade de regulação e a estratificação de risco. Em todas as estratégias, o contraste entre realizá-las ou não foi semelhante em ambos os níveis de IDHM e as mais citadas para o tratamento foram os cuidados nutricional e psicológico e a abordagem familiar.

As ações voltadas aos usuários com indicação para cirurgia bariátrica abarcam a referência para atenção especializada e o acompanhamento até o pós-cirúrgico. Contudo, a maioria dos participantes desconhece se há fila de regulação para a cirurgia bariátrica no município.

Também foi referida a existência de Comissão Intergestores/Comitê Executivo (ou outro colegiado) de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município, mas foi alta a

frequência daqueles que não souberam responder.

Quanto à implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), os profissionais sinalizaram que o município integra algum plano (regional/estadual/municipal), mas a maioria desconhece se existe uma LCSO na sua região de saúde e se foi realizado diagnóstico epidemiológico para a sua elaboração. Em todas as questões relacionadas à LCSO, os municípios com maior IDHM tiveram a maior frequência de respostas “sim”, mas houve alta frequência de respostas “não sei” em ambos os níveis de IDHM.

A maioria das participantes considera a consolidação da LCSO como um desafio, sendo citadas iniciativas de construção da LCSO em municípios do ERJ especialmente na região Norte, além de processos de mobilização de gestores municipais no município do RJ, Niterói, Duque de Caxias e São Gonçalo.

Foram também identificados mecanismos estratégicos para a indução de ações e mobilização de municípios em torno do tema da obesidade, especialmente os instrumentos de financiamento, além de outros documentos de planejamento ou de indução de ações locais.

**Tabela 6** – Estratégias e ações para a organização do cuidado às pessoas com excesso de peso na APS de municípios participantes do Diagnóstico da PNAN no ERJ, 2021

(continua)

Características	Moda		
	Municípios IDHM (0,611 a 0,712) n=21	IDHM (0,713 a 0,837) n= 7	IDHM (0,713 a 0,837) n = 14
<b>Estratégias de VAN</b>			
<b>Análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território</b>			
Sim	15	5	10*
Não	7	2	5*
<b>Realização da VAN pela equipe</b>			
Sim	12	3*	9
Não	6	2	4*
Não sei	5	3*	2*
<b>Discussão de indicadores de VAN do território pela equipe</b>			
Sim	8	4	4
Não	13	3	10

(continua)

Características	Moda		
	Municípios IDHM (0,611 a 0,712) n=21	IDHM (0,713 a 0,837) n= 7	IDHM (0,713 a 0,837) n = 14
<b>Estratégias para organização do cuidado</b>			
<b>Uso de protocolos de encaminhamento da APS para a Atenção Especializada</b>			
Sim	18	6	12*
Não	2	-	2*
Não sei	2	1	1
<b>Unidade/central de regulação</b>			
Sim	18	5*	13*
Não	4	1*	3*
Não sei	5	4*	1
<b>Estratificação de risco/classificação de gravidade para sobrepeso e obesidade</b>			
Sim	18	6*	12*
Não	5	2*	3*
Não sei	4	3*	1
<b>Principais estratégias de tratamento</b>			
<b>Cuidado nutricional/Cuidado psicológico/Abordagem familiar **</b>			
Sim	20	6	14*
Não	-	-	-
Não sei	2	1	1*
<b>Implementação da LCSO</b>			
<b>Integra plano (regional/estadual/municipal) de organização da LCSO</b>			
Sim	13	4*	9
Não	2	1*	1
Não sei	8	4*	4
<b>Realização de diagnóstico epidemiológico da região de saúde para a elaboração da proposta da construção da LCSO</b>			
Sim	4	1	3
Não sei	16	6	10
Não se aplica	1	-	1

(conclusão)

Características	Moda		
	Municípios IDHM (0,611 a 0,712) n=21	IDHM (0,713 a 0,837) n= 7	IDHM (0,713 a 0,837) n = 14
<b>Estratégias para organização do cuidado</b>			
<b>Existência de LCSO na Região de Saúde</b>			
Sim	10	2	8*
Não	3	-	3*
Não sei	13	5	8*
<b>Ações na APS para pessoas com indicação para cirurgia bariátrica</b>			
<b>A equipe faz a referência para a atenção especializada</b>			
Sim	19	5	14*
Não	1	1	-
Não sei	2	1	1*
<b>A equipe faz o acompanhamento após a cirurgia bariátrica</b>			
Sim	17	5*	12*
Não	4	2*	2*
Não sei	3	2*	1*
<b>Existência de lista de espera monitorada para pessoas com indicação de cirurgia bariátrica</b>			
Sim	7	2	5
Não	5	1*	4
Não sei	10	5*	5

APS: Atenção Primária à Saúde; ERJ: Estado do Rio de Janeiro; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; LCSO: Linha Cuidado de Sobrepeso e Obesidade; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional. \*Municípios empatados com duas ou três modas na resposta. \*\*Os valores foram iguais para cada uma das estratégias.

Fonte: elaborado pelas autoras.

## DISCUSSÃO

Municípios com mais de 150 mil habitantes e com maior IDHM foram os que mais participaram de todos os instrumentos de pesquisa. O porte populacional é um “fator importante para a gestão em saúde e direcionamento de políticas públicas”, mas aspectos como estrutura e desempenho dos serviços de saúde, características territoriais e desenvolvimento econômico distintos devem ser analisados<sup>11</sup>.

Estudo sobre eficiência de gastos públicos em Minas Gerais ressalta que,

Ainda que altos níveis de eficiência não sejam necessariamente correlacionados com elevados IDHM, o inverso não parece ser verdade: os baixos níveis de desenvolvimento associam-se com a ineficiência dos mesmos, de modo que a superação do subdesenvolvimento passa, necessariamente, por uma melhor gestão dos recursos públicos<sup>12</sup>.

Cabe conhecer quais e como as políticas têm sido desenvolvidas para que estratégias de proposição, implementação e monitoramento impactem no desenvolvimento econômico e, ao mesmo tempo, promovam inclusão social e respostas sistêmicas aos problemas sociais.

Seja no âmbito da gestão ou do cuidado na APS, houve maior percentual de mulheres entre os participantes da pesquisa, em consonância com a feminização da força de trabalho na saúde, mesmo que não ocorra para cargos estratégicos<sup>13</sup>. No componente gestão, contudo, a maior expressão feminina pode ter relação com o direcionamento dos questionários preferencialmente à referência técnica/coordenação de A&N ou pelo responsável pela APS municipal, sendo mais frequente o primeiro perfil, o que reflete também na composição dos cargos. No que diz respeito à área de A&N, Pedraza *et al.*<sup>14</sup> e Orué<sup>15</sup> também encontraram maior frequência de pessoas do sexo feminino na sua coordenação. Tal direcionamento pode ter influenciado a mobilização dos municípios para participação no estudo, assim como o porte populacional e o IDHM.

No que se refere às ações de cuidado, a Enfermagem, profissão também majoritariamente feminina e que integra a equipe de saúde de referência<sup>16</sup>, teve participação mais expressiva. Esta ocorreu por indicação do gerente da unidade, tendo como perfil prioritário o profissional de Nutrição ou outro com experiência na organização e gestão do cuidado de pessoas com excesso de peso, podendo também constituir um viés de seleção da pesquisa. Contudo, isso denota a importância do cuidado compartilhado multiprofissional, onde o nutricionista pode se inserir na equipe de apoio matricial para a qualificação das ações<sup>17</sup>.

Quanto à raça/cor dos respondentes, observou-se que, ao contrário do perfil populacional brasileiro<sup>18</sup>, existe maior percentual de pessoas brancas do que negras (pardos e pretos), independente do componente. No caso do perfil gestão, o percentual chega a quase 70% dos respondentes. Existem poucas pesquisas que discutem essa temática, mas esse perfil é similar com o apresentado no levantamento do Observatório da Presença Negra no Serviço Público, com 61,4% dos servidores federais do MS em funções de liderança brancos e 30,4% negros<sup>19</sup>.

Alguns componentes importantes das condições institucionais para implementação de ações de A&N foram a capacidade da área técnica de realizar articulação intersetorial, a disponibilidade de recursos financeiros e a sua gestão.

A relação da ATAN com outros setores e a inserção no planejamento intersetorial é particularmente relevante no contexto da obesidade que, por ser um problema multifatorial, demanda tanto a articulação intrasetorial, mobilizada por recursos do SUS, quanto a integração

da saúde com outros setores, por meio de programas estratégicos como o PSE e o PBF, por exemplo. A participação das ATAN nos processos decisórios de gestão municipal ocorre de forma mais efetiva nestes programas, que contam com grupos técnicos intersetoriais constituídos e induzidos para a gestão compartilhada no acompanhamento da sua execução pelos setores envolvidos, como Educação e Assistência Social, além da Saúde.

Os espaços de participação atuam como fóruns de construção de agenda e de formulação e acompanhamento da implementação das ações e políticas públicas e, por este motivo, a participação das diferentes áreas deve ser estimulada<sup>3,20</sup>. A baixa participação das ATAN nestes espaços pode comprometer a implementação de ações mais ampliadas e que necessitam de maior articulação para sua execução. A própria existência de ATAN e sua formalização constituem um meio de consolidar as diretrizes previstas na PNAN. Contudo, esta situação é afetada tanto pela não institucionalização das ATAN quanto por questões como rotatividade de equipes e gestores, tamanho das equipes locais<sup>21</sup>, além do tempo do responsável técnico e dos demais profissionais na função e do vínculo empregatício. Para os cargos de gestão, a maioria dos profissionais era servidor público municipal, enquanto nas unidades de saúde (Q-CAN) a maioria possuía algum tipo de contrato temporário. Estas situações divergem muito dentro do país e dependem da estruturação dos serviços<sup>14,15</sup>, mas sinalizam a situação de precarização do sistema de saúde público.

O menor tempo na função é influenciado por arranjos organizacionais próprios do município e pelos ciclos políticos com mudanças na gestão executiva e técnica, assim como na condução da política pública, o que impacta na estruturação e condução da RAS, na continuidade do cuidado e na criação de vínculos entre profissionais e usuários, principalmente quando se pensa na proposta de cuidado longitudinal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>22</sup>.

A composição e o tamanho das equipes são elementos centrais nesta discussão. A inserção de nutricionista nas equipes de A&N (multiprofissionais e gestão) pode implicar em maior participação destes em processos decisórios de planejamento e, quando esta não ocorre, há alta probabilidade de não existir uma indicação formalizada para a área<sup>15,21</sup>.

Foram identificados distintos perfis de infraestrutura institucional e de gestão. Por um lado, municípios com equipes reduzidas nas ATAN em relação à demanda de ações, mas com profissionais experientes e envolvidos com o cotidiano de trabalho. Esses profissionais enfrentam dificuldades em termos de infraestrutura de gestão, mas desenvolvem ações por meio de estratégias específicas como a articulação com profissionais e gestores do seu ou de outros municípios e da Secretaria de Estado de Saúde - SES-RJ, principalmente em municípios de menor porte. Nestes casos, o desafio para implementar ações é ainda maior pelas dificuldades na organização de suas áreas técnicas ou da gestão e funcionamento dos serviços de saúde e menor capacidade de fixação de profissionais, dentre outras<sup>2,23</sup>.

Sobre a gestão orçamentária e financeira, as ATAN recorrentemente indicam como desafio a falta de recursos específicos para o desenvolvimento de ações relacionadas à obesidade e dificuldades na utilização dos recursos existentes como o FAN<sup>24</sup>. Isto se deve ao número reduzido de profissionais em relação às amplas demandas das ATAN, contribuindo para descontinuidade das ações, pouca autonomia e dificuldades para a operacionalização dos recursos<sup>25</sup>. Portanto, cabem estratégias de apoio para aumentar a capacidade local de gerenciamento de todas as políticas públicas<sup>21,26</sup>.

As atribuições e a importância das ATAN para a implementação das ações são ainda mais relevantes, pois elas pautam as temáticas que envolvem a A&N, incluindo a obesidade, para a alta gestão, para que estejam presentes nos instrumentos de planejamento governamentais, como Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Plano Municipal de Saúde<sup>3,27</sup>. No entanto, esta inserção não se relaciona somente ao processo de sensibilização da ATAN, mas aos debates e desafios orçamentários brasileiros nas múltiplas áreas do SUS. Em 2018, houve uma importante mudança no sistema de financiamento<sup>27</sup> e, como resultado, os recursos transferidos pelo MS ficaram mais livres para utilização, aumentando a tensão dos processos de negociação para inserção de metas nestes instrumentos.

O conjunto de dados indica o desconhecimento dos municípios quanto à realização do diagnóstico epidemiológico da região de saúde para a elaboração da LCSO, podendo evidenciar o distanciamento da gestão local desta discussão ou a falta de prioridade diante de tantas demandas da APS. A maioria das equipes realiza estratégias de VAN nos territórios com análise dos dados, mas não discute os indicadores. Estudos demonstram que tanto a coleta de dados quanto a cobertura populacional aumentaram, mas faz-se necessário esforços para a análise local dos dados de forma a subsidiar o planejamento das ações<sup>28,29</sup>, uma vez que a VAN é essencial para a organização das ações de A&N no território<sup>1</sup> e, portanto, para a construção da LCSO.

As principais estratégias para a organização e coordenação do cuidado aos usuários com excesso de peso ainda se apoiam no encaminhamento para a atenção especializada e no âmbito da APS se pautam no cuidado nutricional e psicológico, o que pode indicar o papel dos profissionais que compõem a e-multi para a ampliação do escopo de práticas e para um cuidado mais ampliado aos usuários contribuindo também para maior resolubilidade da APS e dos demais pontos da RAS<sup>7</sup>.

Apesar do número significativo de pessoas (8.483) na fila para cirurgia bariátrica no ERJ, o baixo monitoramento para a realização do procedimento, nos casos em que esta é indicada, sinaliza uma ausência ou deficiência da organização de um fluxo do cuidado de pessoas com obesidade. Além disso, há 2.409 pessoas com IMC acima de 55 Kg/m<sup>2</sup> na fila de espera para cirurgia bariátrica no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Aliado ao baixo número

de vagas e hospitais habilitados, isto dificulta o cuidado integral da população. Em junho de 2024, existiam 16 hospitais habilitados, sendo sete na cidade do Rio de Janeiro e nove fora da capital<sup>30</sup>.

Na perspectiva de consolidação da LCSO regional, que demanda pactuação entre os municípios para consolidar fluxos intermunicipais<sup>11</sup>, a maioria dos municípios referiu a existência de algum órgão de governança ou de acompanhamento da RAS, mas não souberam informar se existe LCSO organizada na Região de Saúde. Os canais de pactuação são instâncias de fortalecimento do gestor local do SUS<sup>31,32</sup>, tendo a regionalização como estratégia essencial para o fortalecimento do cuidado às pessoas com excesso de peso. Desde 2013, normativas do MS estabelecem tanto as atribuições dos pontos de atenção para a organização da LCSO como prioritária da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, quanto as diretrizes para a organização dos serviços<sup>33</sup>.

A integração da LCSO como parte das ações cotidianas na RAS precisa ser consolidada, ainda que algumas atividades sejam implementadas no contexto da atenção nutricional. Um dos grandes desafios para esta implementação, no que se refere ao contexto institucional e de gestão, é a própria consolidação de um fluxo de atendimento e de conexão das ações previstas na LCSO. Essas dificuldades abarcam, por um lado, fragilidades do processo de planejamento, formação de gestores e profissionais para implementação e consolidação da LCSO e, por outro, elementos do cotidiano de trabalho (vínculos empregatícios, carga horária, número de profissionais, infraestrutura institucional, informatização, funcionamento dos sistemas de informação, rotatividade e insuficiência de pessoal frente às demandas) que dificultam a consolidação de um fluxo de atendimento mais dinâmico, planejado e monitorado.

Poucos municípios/regiões/estados no Brasil tem uma LCSO organizada<sup>14</sup>, no ERJ, apenas duas (Região Norte e Município de São Gonçalo) foram construídas, mas ainda necessitam de ajustes ou não estão sendo implementadas integralmente e outros municípios estão em processo de construção<sup>34</sup>. A partir de 2022, a SES-RJ normatizou seu movimento institucional para viabilizar a pactuação da LCSO estadual por meio da Resolução 2860<sup>35</sup> e, em 2024, foram publicadas as diretrizes para sua implantação<sup>34</sup>, porém, até o momento, a resolução estadual de pactuação não havia sido publicada.

## CONCLUSÃO

Foram identificadas distinções nas condições institucionais e de gestão dos municípios estudados, que variam entre contextos com baixa institucionalidade das ATAN, mas que ainda realizam um conjunto de ações de A&N, e outros contextos também frágeis, porém com maiores desafios para implementar ações.

Fatores que limitam as condições institucionais e que são recorrentes na literatura também foram encontrados, como a alta rotatividade de cargos de gestão, a sobrecarga de funções, a inadequação entre quantitativo de profissionais e demandas em saúde, as fragilidades dos vínculos empregatícios e salários. Esse cenário dificulta a implementação abrangente da PNAN nos municípios, considerando suas diretrizes, programas e ações previstas.

Há repasse de recursos para os municípios por meio de diferentes tipos de incentivos federais para que essas ações sejam implementadas, ainda que com baixa ingerência decisória dos profissionais das ATAN e dificuldade para operacionalizar os recursos. Os municípios com maior IDHM são os que agregam um conjunto de fatores que potencializam as condições institucionais e de gestão para implementação das ações de A&N, tais como: maior frequência de repasse de recursos financeiros federais, maior chance de formalização da ATAN e de planejamento intersetorial.

As condições institucionais mais desfavoráveis podem repercutir negativamente em processos que são estratégicos para a implementação da LCSO e que foram aqui identificados, como os fluxos de atendimento e os mecanismos de encaminhamento dos usuários com obesidade, além dos desafios para um planejamento mais sistemático de ações locais, com base, inclusive, nos dados da VAN. Ainda que tenha sido registrada a oferta de alguns serviços como a cirurgia bariátrica, a efetividade do processo integral de cuidado depende do aprimoramento do fluxo de atendimento. Essa qualificação do cuidado visa a adequação entre as diferentes demandas de saúde que se estabelecem desde a promoção, prevenção e tratamento da obesidade em seus distintos níveis de gravidade, e o tempo de acesso dos usuários aos serviços ofertados pelos distintos modos da RAS.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e à Daniela Silva Canella, professora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelas orientações quanto ao modo de apresentação dos resultados quantitativos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)
2. Marengo A, Strohschoen MTB, Joner W. Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. *Rev. Sociol. Polit.* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 maio 17]; 25(64): 3-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987317256401>
3. Morgado C, Teléfora K, Barros D, Brandão AL. Gestão, planejamento e monitoramento em alimentação e nutrição: ferramentas para a ação. In: Brandão AL, Coutinho CO, Casemiro JP. *Laboratório de Inovação em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde*. 1. ed. Porto

- Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2024. p. 293-322.
4. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, Marchi R, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 maio 17];25(2): 407-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>
  5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: População e domicílios Primeiros resultados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102011.pdf>
  6. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
  7. Bispo Junior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 maio 17];39(10):e00120123. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>
  8. Ministério da Saúde (BR). *FormSUS* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: <http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php#:~:text=FORMSUS&text=O%20FormSUS%20%C3%A9%20um%20servi%C3%A7o,para%20atividades%20de%20interesse%20p%C3%ABlico>
  9. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2022 [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: <http://idhm.org.br>
  10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
  11. Coelho ACR, Leite MV, Carneiro KFP, Mendonça JRB, Mesquita LKM, Vasconcelos TB. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Colet* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 maio 17];31(2):e31020095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020095>
  12. Bohn L, Dalberto CR, Ervilha GT. Desenvolvimento municipal e eficiência dos gastos públicos em Minas Gerais: uma análise do IDHM. *Redepp* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 17]; 2(2):118-39. DOI: <https://doi.org/10.31061/redepp.v2n2.118-139>
  13. Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde debate* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 mar. 02]; 46(132):47-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>
  14. Pedraza DF, Santos EES, Oliveira MM. Perfil y actuación de gestores de la acciones de alimentación y nutrición en el Estado de Paraíba, Brasil. *Gerenc Polít Salud* [Internet] 2021. [acesso em 2025 maio 17];21:1-17. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.paga>
  15. Orué AL, Araújo KD, Bello H, Rafacho BPM, Pastorello CCVG, Macedo MLR, *et al.* Perfil das áreas técnicas de alimentação e nutrição de Mato Grosso do Sul, Brasil: organização para tomadas de decisão. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 maio 17];28(5):1525-38. DOI: [10.1590/1413-81232023285.12192022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12192022)
  16. Alvarenga JPOA, Sousa MF. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. *Saúde debate* [Internet]. 2022 [acesso em 2026 mar. 2];46(135):1077-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>
  17. Ministério da Saúde (BR). *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde: versão preliminar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2026 mar. 2]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/manual\\_pessoas\\_sobrepeso.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/manual_pessoas_sobrepeso.pdf/view)
  18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Censo Demográfico 2022: Panorama da*

- População. Rio de Janeiro: IBGE, 2023 [acesso em 2026 mar. 02]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>.
19. Observatório da Presença Negra no Serviço Público. Dados Servidores Ministério da Saúde [Internet]. 2026 [acesso em 2026 mar. 2]. Disponível em: <https://www.observatoriopresencanegra.com.br/>
  20. Lotta GS, Vaz JC. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. *Rev Serv Público* [Internet]. 2015 [acesso em 2025 maio 17];66(2):171-94. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v66i2.409>
  21. Bortolini GA, Basso C, Jaime PC. Recomendações para o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 jul. 17]; 30(2):e1089023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.1089023>
  22. Lourenço MB, Silva KS, Barbosa FLS. The turnover of health professionals in the Family Health Strategy in the City of Rio Grande do Piauí-PI. *Res. Soc. Dev* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 17];10(5):e30310514744. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14744>
  23. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 maio 17];25(5):1619-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>
  24. Freitas MP, Burlandy L, Castro MMC, Santos CRB, Teléfora KS, Cruz MCC, *et al.* Constrangimentos e incentivos financeiros para a prevenção e o controle da obesidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 maio 17]; 29(4):1-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.01502023>
  25. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde debate* [Internet]. 2020 [acesso em 2025 maio 17];44(126):678-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012607>
  26. Fagundes AA, Damião JJ, Ribeiro RCL. Reflexões sobre os processos de descentralização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos seus 20 anos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 17];37(Suppl1):e00038421. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038421>
  27. Confederação Nacional de Municípios (BR). Mudanças no Financiamento da Saúde [Internet]. Brasília, DF: CNM; 2018 [acesso em 2025 fev. 07]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>
  28. Campos DS, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 17];37(Suppl 1):e00045821. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045821>
  29. Silva RPC, Vergara CMAC, Sampaio HAC, Vasconcelos Filho JE, Strozberg F, Ferreira Neto JFR, *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 17];31(1):e2021605. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100019>
  30. Rio de Janeiro (Estado). Superintendência Estadual de Regulação. Painel Ambulatório Internet]. Rio de Janeiro; [2025] [acesso em 2025 maio 17]. Disponível em: <https://painel.saude.rj.gov.br/Regulacao/Ambulatorio.html>
  31. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 maio 17];22(4):1097-108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>
  32. Nogueira MSL, Oliveira LC, Costa LFA. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. *Saúde debate* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 17]; 45(129):263-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>
  33. Brasil. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 fev. 7]. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html)

34. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Diretrizes para a Implantação da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2024 [acesso em 2025 abr. 5]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NzlxMjc%2C>
35. Rio de Janeiro (Estado). Resolução SES 2860 de 27 de setembro de 2022. Institui o Grupo de Trabalho de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. 2022 set. 29 [acesso em 2025 maio 22];48(182):18. Disponível em: [https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra\\_edicao.php?session=VG1wa1ExRIZTWGxPUIZsMFVXcFJIRTFETURCTIZVcEdURIJyZW55VVZYUk9WVnBIVFVSV1JFNXFhekJSTUZwRg==](https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?session=VG1wa1ExRIZTWGxPUIZsMFVXcFJIRTFETURCTIZVcEdURIJyZW55VVZYUk9WVnBIVFVSV1JFNXFhekJSTUZwRg==)

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Evelyne Lobato	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7101-0837">https://orcid.org/0000-0001-7101-0837</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/3053084713127783">http://lattes.cnpq.br/3053084713127783</a>
Luciene Burlandy	Universidade Federal Fluminense (UFF)	<a href="https://orcid.org/0000-0003-0875-6374">https://orcid.org/0000-0003-0875-6374</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/9410863737220242">http://lattes.cnpq.br/9410863737220242</a>
Katiana dos Santos Teléfora	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Rio de Janeiro	<a href="https://orcid.org/0000-0003-0655-7363">https://orcid.org/0000-0003-0655-7363</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/9218676690025809">http://lattes.cnpq.br/9218676690025809</a>
Tais de Moura Ariza Alpino	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	<a href="https://orcid.org/0000-0001-5045-9483">https://orcid.org/0000-0001-5045-9483</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/0164204629656694">http://lattes.cnpq.br/0164204629656694</a>
Cláudia Roberta Bocca Santos	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4312-3049">https://orcid.org/0000-0002-4312-3049</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/6023310450555344">http://lattes.cnpq.br/6023310450555344</a>
Luciana Maria Cerqueira Castro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2793-9950">https://orcid.org/0000-0003-2793-9950</a>	<a href="http://lattes.cnpq.br/0460980539192453">http://lattes.cnpq.br/0460980539192453</a>
<b>Autor correspondente</b>	Evelyne Lobato  evelyne.lobato@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 11 de julho de 2025	Aprovação: 16 de março de 2026	Publicação: 29 de abril de 2026
Como citar (Vancouver)	Lobato E, Burlandy L, Teléfora KS, Alpino TMA, Santos CRB, Castrp LMC. Condições institucionais para a implementação de ações de alimentação e nutrição e cuidado às pessoas com obesidade no estado do Rio de Janeiro. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292649424. DOI: <a href="https://doi.org/10.34019/1809-8363.2026.v29.49424">https://doi.org/10.34019/1809-8363.2026.v29.49424</a>	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Chamada CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 - Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: EL, LMCC. Análise ou interpretação dos dados: EL, LMCC. Elaboração do rascunho: EL, LMCC, LB, KST. Revisão crítica do conteúdo: EL, LMCC, LB, KST, TMAA, CRBS. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início