Ciência & Saúde Coletiva
cienciaesaudecoletiva.com.br
ISSN 1413-8123. v.31, Supl. 1
DOI: 10.1590/1413-8123202631.15922024

Ações de segurança alimentar e nutricional no planejamento em saúde de municípios predominantemente rurais

Food and nutritional security actions in health planning in predominantly rural municipalities

Acciones de seguridad alimentaria y nutricional en la planificación de la salud en municipios especialmente rurales

Camila Franceschi https://orcid.org/0000-0002-4983-5979 [1]; Bruna Oliveira Ungaratti Garzão https://orcid.org/0000-0003-2822-4017 [1]; Adriane Cervi Blümke https://orcid.org/0000-0002-8731-1893 [1]; Vanessa Ramos Kirsten https://orcid.org/0000-0002-6737-1039 [1]

Resumo *A Atenção Primária à Saúde tem grande potencialidade para intensificar ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Os Planos Municipais de Saúde (PMS) definem ações a serem desenvolvidas e estabelecem uma agenda intersetorial de promoção da SAN de acordo com características e demandas da população. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico caracterizado nos PMS de municípios de uma região predominantemente rural do estado do Rio Grande do Sul (RS) e identificar a intencionalidade de ações para a promoção da SAN no planejamento em saúde. Estudo do tipo documental descritivo, oriundo da análise dos PMS do quadriênio 2022-2025 de vinte e seis municípios do RS. As doenças crônicas, o excesso de peso e a obesidade ganharam destaque em todos os planos. As ações que pressupõem intersetorialidade foram expressas principalmente nos programas Saúde na Escola e Bolsa Família. Não houve menções relacionadas à insegurança alimentar nos PMS, além de que foram encontradas somente cinco menções diretas à SAN. Por mais que os municípios tenham apresentado em seus planos aspectos relacionados à alimentação e nutrição, ainda assim, são incipientes diante do quadro epidemiológico e social vivenciado pela população rural.*
Palavras-chave *Segurança Alimentar e Nutricional, Atenção Primária à Saúde, Planejamento em saúde, Política Nacional de Alimentação e Nutrição*

Abstract *Primary Health Care has great potential to intensify Food and Nutrition Security (FNS) actions. Municipal Health Plans (PMS) define actions to be developed and establish an intersectoral agenda for promoting FNS according to the characteristics and demands of the population. This study aims to describe the epidemiological profile characterized in the PMS of municipalities in a predominantly rural region of the state of Rio Grande do Sul (RS) and to identify the intentionality of actions to promote FNS in health planning. This is a descriptive documentary study, originating from the analysis of the PMS for the four-year period 2022-2025 of twenty-six municipalities in RS. Chronic diseases, overweight, and obesity were highlighted in all plans. Actions that presuppose intersectorality were expressed mainly in the Health in Schools and Bolsa Família programs. There were no mentions related to food insecurity in the PMS, in addition to the fact that only five direct mentions of FNS were found. Although municipalities have included aspects related to food and nutrition in their plans, they are still incipient in view of the epidemiological and social situation experienced by the rural population.*
Key words *Food and nutrition security, Primary health care, Health planning, National Food and Nutrition Policy*

Resumen *La Atención Primaria de Salud tiene un gran potencial para fortalecer las acciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Los Planes Municipales de Salud (PMS) establecen acciones y una agenda intersectorial para promover la SAN, adaptada a necesidades de la población. El objetivo es describir el perfil epidemiológico de los PMS de municipios rurales del estado de Rio Grande do Sul (RS) y analizar las acciones de promoción de la SAN en la planificación de salud. Realizándose un estudio documental descriptivo basado en el análisis de los PMS para el 2022 al 2025 de 26 municipios de RS. Enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad fueron temas destacados en varios planes. Acciones intersectoriales fueron centradas en programas como, Salud en Escuelas y Bolsa Familia. Pero no se mencionó la inseguridad alimentaria en los PMS y solo se encontraron 5 menciones directas a SAN. Algunos municipios incluyeron temas de alimentación y nutrición en sus planes, siendo limitados con la situación epidemiológica y social de la población rural.*
Palabras clave *Seguridad alimentaria y nutricional, Atención Primaria de Salud, Planificación sanitária, Política Nacional de Alimentación y Nutrición*

[1] Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima 1000, Cidade Universitária, Prédio 26E, Sala 220, Bairro Camobi. 97105-900 Santa Maria RS Brasil. camila.franceschi@acad.ufsm.br

Introdução

A alimentação é um fator determinante e condicionante de saúde, abrangendo aspectos relacionados às carências nutricionais, desnutrição, escassez de alimentos ou aos problemas inerentes ao sobrepeso e à obesidade[1]. A atenção à saúde baseada na territorialização e no cuidado integral dos indivíduos, empregada na Atenção Primária à Saúde (APS), favorece a identificação e monitoramento das questões relacionadas à Alimentação e Nutrição (AN) e potencializa a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a minimização dos efeitos da Insegurança Alimentar (IA)[2].

Os conceitos de SAN e DHAA mostram a codependência destes. Enquanto o DHAA se caracteriza pelo acesso permanente e irrestrito à alimentação adequada e saudável (AAS), a SAN consiste na garantia deste direito sem comprometer o acesso às demais necessidades básicas. À margem deste direito, estão as pessoas em IA, as quais não dispõe de acesso à AAS devido a condicionantes diversos, como a renda e a localização geográfica[2].

O enfrentamento histórico da IA no Brasil por meio de políticas públicas intersetoriais, como o Programa Bolsa Família, têm melhorado o quadro situacional da população ao longo dos anos[3]. Entretanto, a partir de 2017, houve uma piora nos níveis de SAN, agravada ainda pela pandemia, o que resultou em 58,7% dos domicílios brasileiros apresentando algum grau de IA em 2022[4]. Com a remodelagem de políticas iniciada em 2023, os progressos foram retomados e novas perspectivas importantes para a SAN estão sendo incorporados em seu escopo, como as mudanças climáticas, os modos de vida contemporâneos e a organização dos sistemas alimentares. Como resultado desses esforços, o Relatório das Nações Unidas sobre o Estado da Insegurança Alimentar Mundial revelou que o Brasil voltou a sair do mapa da fome no ano de 2025[5].

A mudança no consumo alimentar, associado principalmente ao alto consumo de ultraprocessados, têm contribuído negativamente para o aumento das mortes decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), as quais foram responsáveis por 54,7% dos óbitos ocorridos no Brasil em 2019, dos quais 41,8% aconteceram de forma prematura (entre 30 e 69 anos)[6,7]. Promover a alimentação adequada e saudável é uma estratégia imprescindível para prevenir e cuidar de forma integral os agravos à saúde relacionados à alimentação[8].

Embora os indicadores de SAN tenham melhorado recentemente[9], permanece a necessidade de uma maior atuação do setor saúde, compreendendo o seu papel estratégico para a articulação intersetorial, desempenhado através da identificação, encaminhamento e acompanhamento de indivíduos e famílias no enfrentamento da múltipla carga de má nutrição[10]. Esta necessidade é ainda maior no âmbito rural, onde a IA se manifesta com maior frequência, em suas mais graves formas[4,5].

Os desafios no combate à fome se complexificam diante das desigualdades socioeconômicas, como o nível de escolaridade, a renda e a moradia em localidades rurais[5]. Políticas intersetoriais como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)[8] podem e devem atuar como potencializadores, promotores e articuladores de ações voltadas para as demandas de SAN em territórios rurais, organizando-se de forma contextualizada aos determinantes sociais próprios das comunidades e valorizando a identidade e a cultura alimentar local como promotoras da SAN[2].

O planejamento intra e intersetorial torna-se fundamental para abarcar a totalidade das ações com foco nos determinantes sociais do consumo alimentar, ou seja, nas condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que determinam a disponibilidade, o acesso e utilização dos alimentos e que repercutem sobre o estado nutricional e a SAN na população[11]. Este processo deve se desenvolver especialmente em nível municipal, considerando os atores sociais, o contexto local e a participação ativa dos profissionais e setores vinculados ao campo da SAN.

Os planos municipais de saúde (PMS) são instrumentos de planejamento que visam a materialização das políticas de saúde, norteando ações e orçamentos. Sua elaboração deve contemplar análise situacional, de acordo com as peculiaridades e as características do território[12]. Possibilita, ainda, a integração efetiva da intersetorialidade de uma agenda para a promoção da SAN, com estabelecimento de objetivos comuns, estratégias de ação, definição de metas e recursos, além de permitir a conexão ordenada e tática dos gestores[13].

O presente artigo buscou descrever o perfil epidemiológico caracterizado nos PMS de municípios de uma região predominantemente rural do estado do Rio Grande do Sul (RS) e identificar a intencionalidade de ações para a promoção da SAN no planejamento em saúde.

Métodos

Estudo do tipo documental descritivo, oriundo da análise dos Planos Municipais de Saúde (PMS) elaborados para o quadriênio 2022-2025, de vinte e seis municípios pertencentes a 20ª Região de Saúde do estado do RS, sendo estes os mesmos municípios que compõem a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

O RS organiza-se em 30 Regiões de Saúde. A 20ª Região de Saúde, denominada Rota da Produção (Figura 1), está localizada na macrorregião Norte, abrangendo vinte e seis municípios com população total de 166.744 habitantes, com a principal fonte de renda oriunda da agropecuária[14]. A maior parte dos municípios (vinte e quatro) são classificados como rurais adjacentes[15], o que representa 38,9% da população residindo no campo.

A pesquisa foi realizada entre janeiro e maio de 2023 e os PMS foram disponibilizados em formato digital pela 15ª CRS. De forma geral, os documentos dividem-se em três blocos: no primeiro, há uma contextualização do município, com descrição da organização da rede e análise situacional da saúde dos munícipes; no segundo, são apresentados os objetivos e metas pactuados em nível estadual e os que serão concretizados em nível municipal e, no último, estão as ações de intervenção previstas.

As informações utilizadas na descrição dos dados socioeconômicos (população total, urbana, rural e indígena; renda média, percentual de baixa escolaridade e principal atividade econômica), epidemiológicos (principal causa de morte e doenças crônicas) e da rede de saúde (Estratégia de saúde da família - ESF/Unidade Básica de Saúde - UBS, ESF/UBS indígena e rural, cobertura da ESF e programas de alimentação e nutrição) foram buscadas no primeiro bloco dos PMS.

Para a identificação das intencionalidades de ações de SAN, um estudo piloto foi realizado, buscando as seguintes palavras chaves: "segurança alimentar e nutricional" ou "segurança alimentar" ou "segurança nutricional" ou "insegurança alimentar e nutricional" ou "insegurança alimentar" ou "insegurança nutricional" em PMS de outra Região de Saúde. Não foram identificadas menções com estes termos.

Devido à baixa identificação de menções diretas apontadas no estudo piloto, houve uma ampliação do escopo dos itens a serem considerados como menções às ações de SAN, passando a levar em consideração se os PMS previam ações de AN. Optou-se por revisitar a PNAN, buscando identificar aspectos relacionados à alimentação e nutrição, às práticas alimentares, à vigilância alimentar e nutricional e à prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição[8]. Segundo a PNAN, a atenção nutricional é a ordenadora das ações no âmbito da saúde, enquanto as diretrizes seguintes buscam fortalecer e ampliar o cuidado inte-



Figura 1. Composição dos municípios pertencentes à 20ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: Estado do Rio Grande do Sul[14].

gral. Quando a organização da atenção nutricional está bem estruturada e as demais diretrizes são contempladas dentro do trabalho da equipe, consequentemente, as ações para garantia da SAN são expandidas, concretizando a diretriz nona[8].

A política foi utilizada como parâmetro de delineamento metodológico, conforme roteiro do Quadro 1, a fim de padronizar a identificação de menções ou ações em torno da SAN. Para a elaboração do roteiro, utilizou-se a estrutura descrita e utilizada por Ferreira *et al.*[16] em análise dos planos municipais acerca da prevenção e enfrentamento da dengue.

Os PMS foram lidos pela pesquisadora principal e revisados por uma segunda com experiência em políticas públicas e, no caso de divergência, foi consultada uma terceira pesquisadora. As menções que correspondiam a cada uma das questões foram quantificadas e descritas em quadro auxiliar no software *Office Excel* 2013 e, posteriormente, as menções foram quantificadas por meio de estatística descritiva simples. Foi dispensada a aprovação do Comitê de Ética, haja vista que os documentos da análise são de domínio público e de livre acesso. Os municípios foram identificados com letras maiúsculas e números aleatórios.

Quadro 1. Roteiro com a descrição das questões de cada tema utilizado para a coleta de dados.

Temas
1. Introdução e análise da situação de saúde
1.1 Entre os valores e princípios do plano existem referências sobre a situação alimentar e nutricional?
1.2 Na descrição e análise da situação de saúde é mencionada a situação alimentar e nutricional da população urbana e rural?
1.3 Na descrição e análise da situação de saúde é identificado casos de Insegurança Alimentar e Nutricional?
2. Objetivos e metas
2.1 Mencionam a Segurança Alimentar e Nutricional?
2.2 Sugerem formas de atuação considerando a situação alimentar e nutricional da população urbana ou rural?
2.3 Propõe metas direcionadas a alimentação e nutrição?
3. Propostas de intervenção
3.1 Descrevem ações de enfrentamento a problemas decorrentes da alimentação e nutrição?
3.2 Propõe linhas de ação para a promoção da alimentação adequada e saudável?
3.3 Incluem mecanismos institucionais ou intersetoriais para a intervenção no âmbito da alimentação e nutrição?

Fonte: Autoras, com adaptação de Ferreira *et al.*[16] e com base na PNAN[8].

Resultados

Para a elaboração dos planos, quinze municípios utilizaram a equipe municipal de saúde e onze contaram com Empresa de Assessoria e Consultoria em Saúde. Na descrição da atividade principal dos municípios (Tabela 1), aqueles que contaram com consultoria utilizaram o número de vínculos empregatícios formais como parâmetro para a classificação. Os "vínculos empregatícios formais", conforme descrito nos planos, são atribuídos ao número de emprego de acordo com o porte e o setor da atividade econômica. A classificação é feita com base nos relatórios técnicos do Data Sebrae, que categoriza os setores de agropecuária, comércio, construção civil, indústria e serviços, destacando-se as atividades da indústria e/ou comércio e prestação de serviços na região.

Apenas um município não apresentou o número total de habitantes, nem o número de habitantes pertencentes a zona urbana ou zona rural. Treze descreveram uma população rural maior que a urbana e seis possuem população indígena no seu território.

Em relação à escolaridade, dezesseis municípios possuem em torno de 50% ou mais da população com baixa escolaridade, ou seja, com ensino fundamental incompleto. Observou-se também a prevalência de baixa renda em referência ao valor do salário mínimo de 2021, ano em que os planos foram elaborados.

Quanto aos dados epidemiológicos (Tabela 2), os PMS indicam o uso de dados oriundos do e-SUS. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença crônica predominante na região, enquanto as doenças do aparelho circulatório e neoplasias foram citadas como as principais causas de morte.

Vinte e um municípios apontaram a presença de, pelo menos, uma ESF ou UBS e seis sinalizaram a existência de unidades de saúde rurais. Dezessete municípios mencionaram a execução dos programas Bolsa Família (PBF) e Saúde na Escola (PSE).

Referente à identificação de ações para a promoção da SAN (Tabela 3), observou-se que, na seção "introdução e análise da situação de

Tabela 1. Caracterização de dados socioeconômicos dos municípios da 20ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, conforme descrito nos PMS (2022-2025).

Município	Dados socioeconômicos						
	População total (hab.)	População urbana (hab.)	População rural (hab.)	População indígena (hab.)	Renda média (R$)	Baixa escolaridade (%)*	Principal atividade
A1	2.544	1.626	918	-	755,52	54%	Indústria/ comércio
A2	2.114	849	1.265	-	476,56	66,07%	-
A3	3.702	-	-	-	-	-	Setor agrícola
B1	2.417	-	-	-	-	-	Setor agrícola
B2	9.377	5.573	3.804		851,84	50%	-
B3	10.745	6.471	3.280	371	989,35	48%	Indústria/ comércio
B4	7.398	4.572	2.461	-	502,78	65%	Prestação serviços
C1	2.148	976	965	-	422,46	64%	Prestação serviços
D1	1.501	344	542	448	754,36	60%	Prestação serviços
E1	1.979	453	1.526	-	482,09	61%	Setor agrícola
F1	3.874	1.787	2.087	-	389,59	70%	Setor agrícola
G1	2.487	561	1.926	-	-	-	Setor agrícola
H1	4.691	1.979	2.712	80	811,05	63%	Indústria
I1	2.006	911	1.195	-	696,5	25,50%	Setor agrícola
I2	4.265	1.343	2.796	-	-	65%	Prestação serviços
I3	1.757	-	-	-	-	-	-
J1	34.328	29.831	4.497	-	1/2	52,44%	Setor agrícola
L1	10.222	3.002	3.170	4.050	46,3% ½	-	Setor agrícola
L2	10.309	7.014	3.486	932	738,5	60%	Comércio
L3	5.518	2.317	3.201	-	-	-	Setor agrícola
M1	2.605	-	-	-	40,2% até 1/2	-	-
M2	2.425	729	1.696	-	-	-	Setor agrícola
M3	1.836	556	1.449	-	437,66	68%	Prestação serviços
M4	24.015	21.105	4.004	-	989,35	48%	Indústria
N1	4.800	1.958	2.185	437	832,49	66%	Prestação serviços
N2	-	-	-	-	-	-	-

Notas: hab: habitantes; *Sem instrução e fundamental incompleto.

Fonte: Autoras, de acordo com os planos municipais de saúde.

saúde", houve uma média de 4,96 menções totais ao tema por município. Dezoito municípios apresentaram até três menções, sete municípios entre quatro e nove e um não apresentou nenhuma menção em referência a situação alimentar e nutricional da população (questão 1.1). Sobre a descrição e análise de saúde, dezessete municípios mencionaram entre uma e três vezes

Tabela 2. Caracterização de dados da rede de saúde dos municípios da 20ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, conforme descrito nos PMS (2022-2025).

Município	Dados da rede de saúde							
	Principal causa de morte	**Doença crônica**	**Nº ESF/ UBS**	**UBS indígena**	**Cobertura ESF**	**ESF/ UBS rural**	**Nutricionista**	**Programas AeN**
A1	Aparelho circulatório/ neoplasias	HAS/DM	1	-	100%	-	A	2
A2	-	-	1	-	Baixa	-	P	1
A3	-	-	2	-	-	1	P	3
B1	-	-	-	-	-	-	P	0
B2	-	-	-	-	100%	1	P	2
B3	Aparelho circulatório	HAS	3	1	100%	-	A	1
B4	Aparelho circulatório	HAS	4	-	100%	-	A	0
C1	Aparelho circulatório/ neoplasias	HAS	1	-	100%	-	A	2
D1	Neoplasias	HAS	1	1	100%	-	A	2
E1	Neoplasias	-	-		-	-	A	0
F1	Neoplasias	-	2	-	100%	1	P	2
G1	4-DCNT	HAS	1	-	100%	-	A	2
H1	Aparelho circulatório	HAS	2	-	100%	-	A	2
I1	Aparelho circulatório	HAS	1	-	100%	-	P	3
I2	Neoplasias	HAS	2	-	100%	-	A	0
I3	-	-	-	-	-	-	P	0
J1	Aparelho circulatório	-	11	-	100%	1	P	3
L1	-	-	6	8	100%	5	P	1
L2	Aparelho circulatório	-	3	-	97,80%	-	A	1
L3	Aparelho circulatório	-	-	-	-	-	P	2
M1	Aparelho circulatório	-	3	-	-	2	P	1
M2	Aparelho circulatório	HAS	1	-	100%	-	P	2
M3	Neoplasias	HAS	1	-	100%	-	A	0
M4	-	HAS	3	-	42,76%	-	A	1
N1	Aparelho circulatório/ neoplasias	HAS	2	-	100%	-	A	2
N2	Neoplasias	-	2	-	100%	-	P	2

Notas: 4-DCNT - quatro principais doenças crônicas não transmissíveis; DM- diabetes mellitus; HAS- hipertensão arterial sistêmica; ESF- Estratégia de saúde da família; UBS- Unidade básica de saúde; AeN: Alimentação e Nutrição (Programa Bolsa Família; Programa Saúde na Escola; Crescer Saudável; Proteja); A- ausente; P- presente.

Fonte: Autoras.

aspectos da situação alimentar e nutricional da população urbana e/ou rural, como fatores que prejudicam o acesso aos alimentos e aumentam a incidência de doenças crônicas; quatro municípios apresentaram entre quatro e seis menções e quatro não tiveram nenhuma menção (questão 1.2). Na descrição e análise da situação de saúde, nenhum município relacionou os dados identificando número de indivíduos ou famílias em IA, conforme pergunta 1.3. Ainda, o presente estudo não encontrou nenhuma menção ao rastreio e identificação de casos de IA.

Onze municípios trouxeram menções ao uso de agrotóxicos, sendo que dez deles apresentaram o "*desafio ambiental estar inserido na região que mais consome agrotóxico por metro quadrado do estado*" na introdução e análise da situação. No entanto, nenhum apresentou propostas para enfrentar este desafio nos demais blocos.

Referente a aspectos da morbidade (alimentação inadequada e sedentarismo) apresentada no primeiro bloco dos planos, doze PMS trouxeram a seguinte afirmação: "*...o sedentarismo, a alimentação inadequada e pouca interação comunitária contribui para a prevalência de doenças crônicas*". As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial HAS e Diabetes Mellitus (DM), são mencionadas por nove municípios, os quais alegam a existência de grupos terapêuticos para esse público, como Hiperdia ou Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica. O "*grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção em saúde para as do-*

Tabela 3. Número de menções encontradas nos planos de saúde de municípios da 20ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, de acordo com o roteiro das questões de cada tema utilizado para a coleta de dados referentes à situação alimentar e nutricional da população. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023 (N=26).

Municípios	Questões referente a introdução e análise da situação de saúde				Questões referentes aos objetivos e metas				Questões referentes a propostas de intervenção			
	1.1	1.2	1.3	Menções	2.1	2.2	2.3	Menções	3.1	3.2	3.3	Menções
A1	3	3	0	6	0	1	0	1	4	0	2	6
A2	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2
A3	2	0	0	2	0	4	6	10	6	3	6	15
B1	1	2	0	3	0	1	2	3	0	0	2	2
B2	1	3	0	4	0	1	7	8	2	3	5	10
B3	3	3	0	6	0	0	1	1	3	0	2	5
B4	3	3	0	6	0	0	1	1	3	0	2	5
C1	3	4	0	7	0	0	1	1	3	0	2	5
D1	3	3	0	6	0	0	1	1	3	0	3	6
E1	2	0	0	2	0	3	2	5	0	0	2	2
F1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2
G1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	2	2	6
H1	4	4	0	8	0	1	0	1	3	0	2	5
I1	9	3	0	12	3	8	7	18	4	12	9	25
I2	2	3	0	5	0	0	1	1	3	1	2	6
I3	1	0	0	1	0	4	1	5	5	2	3	10
J1	5	3	0	8	2	3	1	6	3	2	5	10
L1	4	6	0	10	0	3	0	3	15	4	0	19
L2	4	1	0	5	0	0	1	1	3	0	2	5
L3	4	1	0	5	2	2	0	4	4	10	4	18
M1	0	2	0	2	0	2	1	3	2	0	1	3
M2	3	4	0	7	0	0	1	1	2	0	2	4
M3	1	3	0	4	0	4	2	6	3	3	4	10
M4	4	3	0	7	0	1	1	2	3	0	2	5
N1	3	3	0	6	0	0	1	1	4	0	2	6
N2	1	2	0	3	1	6	1	8	10	2	8	20
Média	2,65	2,31	0	4,96	0,34	1,73	1,5	3,58	3,46	1,73	2,96	8,15

Fonte: Autoras.

enças crônicas" é descrito em doze planos. Quatro municípios relatam sobre a necessidade de ampliação do quadro e/ou implementação do serviço do profissional nutricionista nas equipes de saúde.

Dois municípios destacaram-se por especificidades nas informações: um descreveu detalhadamente a situação de saúde em relação às doenças crônicas para a população adulta e idosa; o outro discorreu sobre dados relacionados à saúde infantil (0 a 10 anos), sendo a anemia aguda e desnutrição apontadas como as principais causas de internação e mortalidade deste público, especialmente na população indígena.

A seção de objetivos e metas dos PMS apresentou menor média geral de menções (3,58) e apenas cinco municípios mencionaram o termo "Segurança Alimentar e Nutricional", que corresponde à questão 2.1 (Tabela 3). Para as sugestões de atuação frente à situação alimentar e nutricional (questão 2.2), treze municípios apresentaram até quatro menções; dois apresentaram de seis a nove e um não fez menções. Na proposição de metas direcionadas à AN (questão 2.3), dezesseis municípios apresentaram até duas; dois mencionaram entre seis e sete menções e sete municípios não mencionaram o tema.

Dezesseis municípios trazem a ampliação ou fortalecimento dos grupos e o cuidado integral de pessoas com DCNT como ações para atingir a meta de redução da taxa de mortalidade prematura. Nove municípios propuseram pelo menos uma ação para o enfrentamento dos problemas causados em decorrência das DCNT.

As menções sobre SAN foram apresentadas nos seguintes contextos: desenvolvimento de ações para promoção e proteção de saúde em segurança alimentar e alimentação saudável, especialmente da obesidade infantil por meio do PSE; promoção da SAN no pré-natal e puerpério; prevenção da obesidade infantil em escolares e nos reflexos da pandemia no casos de IA através da promoção da alimentação saudável e práticas de atividade física; ações para a promoção da SAN e educação alimentar através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Academia da Saúde; segurança alimentar voltada à execução e fiscalização das boas práticas e procedimentos operacionais nos serviços prestados pela saúde, promovida pela vigilância sanitária; articulação estratégica dos setores municipais para a SAN e ambientes promotores de hábitos de vida saudáveis, como cantinas escolares saudáveis, circuito de feiras e outras estratégias para a comercialização de alimentos saudáveis; constituição e implementação da política municipal de SAN.

Três municípios pormenorizaram proposições de atuação frente à situação alimentar e nutricional da população ao elegerem pelo menos um objetivo específico para a AN. Neste cenário, destacaram-se o cumprimento das metas de programas sociais — que incluem o acompanhamento de condicionalidades do PBF e realizações de ações educativas pelo PSE — ações de "educação nutricional" para a prevenção de DCNT e promoção da alimentação saudável, implantação das ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos ciclos de vida, promoção da alimentação adequada e saudável e ainda a implementação e/ou ampliação do atendimento clínico nutricional.

Apenas um município traz, na introdução e análise da situação, aspectos sobre hábitos alimentares, mencionando a predominância de massas, carnes e outros produtos de produção caseira. Três municípios apresentam, nos objetivos e metas, o planejamento de dietas e cardápios saudáveis, assim como a avaliação contínua do perfil alimentar da população e seus fatores determinantes por meio da coleta de dados antropométricos e consumo alimentar para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Todavia, esses municípios não descrevem ações para contemplá-los nas propostas de intervenção.

O bloco das "propostas de intervenções" (Tabela 2) foi o que apresentou maior média de menções (8,15) para ações de enfrentamento a problemas relacionados à AN: dezoito municípios mencionaram entre duas e quatro vezes; dois municípios entre cinco e seis; um município dez e outro quinze. Quatro municípios não realizaram nenhuma menção (questão 3.1). Em relação às linhas de ação para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), dez municípios apresentaram entre uma e quatro menções; um apresentou dez e um apresentou doze menções; quatorze municípios não mencionaram nenhuma ação para a PAAS, conforme questão 3.2.

Dentre as ações de enfrentamento, foram elencadas atividades em relação à HAS e DM (ações de aferição da pressão arterial, exame de hemoglobina glicada e visitas domiciliares), além do cumprimento das ações referentes ao PBF e ao PSE. Já para a PAAS, constatou-se a proposição de implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e as atividades de incentivo, apoio, acompanhamento nutricional a gestantes e puérperas para a amamentação e a

introdução de fórmulas complementares quando necessário.

No tangente à inclusão de mecanismos institucionais ou intersetoriais (questão 3.3), dezoito municípios apresentaram até três menções; cinco municípios entre quatro e seis, um município fez oito e outro nove menções. Neste eixo, os municípios ampliaram principalmente as indicações de ações oriundas dos programas voltados aos escolares, com destaque ao PSE, Crescer Saudável e Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), que incluem atividades multiprofissionais e mecanismos intersetoriais. Além disso, estimulam ações de educação alimentar e nutricional (EAN) na promoção de ambientes saudáveis por meio do programa nacional de alimentação escolar (PNAE).

Apenas um município não apresentou ações em relação ao PBF ou PSE no bloco das propostas de intervenções. Foram mencionadas atividades, grupos de trabalhos, fluxos e intensificação intersetorial por cinco municípios. Entretanto, estas ações foram citadas de forma genérica e não houve discriminação de como seriam executadas ou de qual seria o objetivo da atividade.

Os reflexos causados pela transição nutricional e/ou dupla carga de má nutrição foram mencionados por dezoito municípios. Em todos eles, a temática do excesso de peso e/ou obesidade aparece pelo menos uma vez. Em três desses municípios, há menções em relação à desnutrição e/ou baixo peso relacionadas ao público infantil. Um município incluiu a temática da desnutrição e baixo peso em crianças em todos os blocos do plano.

Discussão

A análise documental dos planos municipais de saúde identificou que a classificação dos municípios como predominantemente rurais e sua forte relação econômica com as atividades agrícolas foram aspectos pouco explorados nos PMS. Os planos apresentam menções em torno do uso excessivo de agrotóxicos na introdução e análise da situação de saúde, mas há poucas ou nenhuma descrição de ações implementadas ou previstas para o controle desta condição. Outro estudo, relacionado à temática de saúde do trabalhador, também identificou que as necessidades e fragilidades apontadas no primeiro bloco dos planos nem sempre eram contempladas nos blocos seguintes[17]. A PNAN defende que o uso excessivo dos agrotóxicos representa riscos para a saúde e que a garantia da SAN requer o acesso à alimentos produzidos de forma sustentável, com quantidades mínimas de contaminantes[8], o que evidencia a insuficiência das ações previstas nos PMS para a plena garantia da SAN.

O poder público, como instância integradora das demandas em saúde, é responsável por um planejamento em saúde que orienta gestores e profissionais em sua atuação de acordo com a análise situacional da população. Para contemplar a integralidade no cuidado em saúde, é necessário incluir neste planejamento ações, estratégias e atores sociais com vistas às políticas, equipamentos públicos e coletivos em SAN[18].

Do ponto de vista conceitual, as produções de SAN na APS estão voltadas para a concretização de um direito, reforçando a importância do quadro dos direitos humanos para práticas de saúde mais abrangentes[19], ampliando a promoção a saúde, com vistas a incluir a AN como um dos elementos determinantes da SAN. Todavia, a abordagem da SAN na APS mostra-se fragilizada, pois a atenção nutricional é delineada, quase que exclusivamente, com foco em patologias[20] e a articulação intersetorial é a menos desenvolvida pelos núcleos de saúde[21].

A interlocução entre SAN e saúde pressupõe bons níveis de atendimento das demandas de AN[2]. Diante da situação nutricional encontrada no país, em especial no âmbito rural, a APS apresenta grande potencialidade para ampliar e incorporar ações de SAN. O fortalecimento da atenção nutricional requer a expansão do cuidado por parte de toda a equipe, não sendo esta atribuída exclusivamente à nutricionistas. A EAN, enquanto prática que visa promover o exercício autônomo e voluntário de hábitos alimentares saudáveis, deve ser inserida na APS como pilar para a superação das iniquidades relacionadas à alimentação, além de fortalecer e incluir atividades em programas desenvolvidos com outros setores[1,22].

A compreensão de que os aspectos que acometem os indivíduos são multifatoriais, impõe a execução de ações conjuntas baseadas na intersetorialidade, universalizando práticas alimentares saudáveis e sustentáveis com o objetivo de promover saúde[13,23,24]. A articulação intersetorial é prevista como parte do processo de trabalho para a garantia da SAN e aplicada de forma transversal em todos os níveis de cuidados dentro da APS[2]. As menções encontradas sobre o termo, em poucos planos, nos remetem que a saúde ainda tem dificuldade de se articular intersetorialmente pensando em todos os aspectos relacionados à SAN. Além disso, os planos

não apresentam, em sua introdução e análise da situação de saúde, aspectos de diagnósticos que expressem de forma ordenada a situação alimentar e nutricional da população.

Com a rápida transição nutricional global, é crescente o número de indivíduos expostos à dupla carga de má nutrição, ou seja, o mesmo grupo populacional pode apresentar desnutrição, seguida de excesso de peso e/ou obesidade, o que aumenta o risco de DCNT e carências nutricionais[25]. As DCNT foram mencionadas diversas vezes, sendo que a HAS e a DM foram predominantes nesta Região de Saúde, acompanhando os indicadores gerais do Brasil[1,6]. Embora a faixa etária mais avançada da população adscrita na pesquisa e as mudanças globais no consumo alimentar ampliem a incidência e gravidade destas doenças[6], os planos não tratam de forma clara dessa associação. Tal constatação reitera o histórico de priorização de ações, ou pelo menos, da intencionalidade do planejamento para o público materno-infantil[8].

No Brasil, as condições crônicas de saúde sobrecarregam o sistema de saúde, reforçando um modelo de assistência ainda centrado no tratamento de doenças. A fim de minimizar seus efeitos e melhorar a qualidade de vida da população, é fundamental a transição para uma atenção que promova a intersetorialidade e integração dos serviços da saúde[26]. Ações isoladas ou pontuais mostram-se insuficientes diante do quadro epidemiológico, bem como a própria PNAN apresenta que os determinantes da má nutrição são sinérgicos, ou seja, possuem raízes iguais e demandam trabalho ampliado, já que ela transversaliza todos os níveis de gestão[8,27].

No caso da SAN, a integração da saúde com outros setores é um desafio ainda maior. Esta constatação ficou expressa na maioria dos PMS, onde as condições crônicas ganham destaque nos processos curativos-medicamentosos, bem como nos aspectos do excesso de peso e obesidade. Ainda assim, a maioria dos planos necessita delinear de forma mais clara as ações e intervenções, principalmente no manejo da obesidade, da IA, do contexto pós-pandemia e em relação aos territórios adstritos às ESF/UBS.

Destaca-se a ausência de informações sobre a execução da VAN na APS dos municípios, desenvolvida apenas ao escopo de programas como PBF e PSE. A utilização do Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) permite às equipes de saúde e gestores municipais monitorar a situação alimentar e nutricional dos territórios e apoia a tomada de decisão sobre as ações de prevenção e controle dos principais agravos relacionados à AN, de acordo com as necessidades e fases do curso da vida[1,28,29]. Por isso a importância não só de utilizar estes dados para o monitoramento, mas também para o planejamento das ações pactuadas nos planos municipais.

Recentemente, há um esforço da esfera federal no apoio e na inclusão da rotina das equipes no monitoramento de indivíduos e famílias em IA[10,30]. No entanto, é preciso verificar se, no âmbito municipal, profissionais e gestores estão acessando os instrutivos e desenvolvendo as ações, principalmente após o período pandêmico, voltadas ao público mais vulnerável.

Embora o Brasil esteja avançando na adoção da triagem e rastreio clínico de casos de IA pelos profissionais da APS, sua compreensão da SAN ainda é limitada à dimensão do acesso (provimento direto de alimentos) e caberia a responsabilidade de assegurá-la ao setor social, o que compromete o adequado rastreio e monitoramento da IA nos territórios[31]. Os PMS analisados reforçam essa percepção, já que não há descrição sobre a atuação conjunta, embora entenda-se que a operacionalização dos programas Bolsa Família e Saúde na Escola necessite dessa coalizão.

Nos municípios que mencionaram ações de VAN e PAAS, estas não aparecem articuladas no bloco "objetivos e metas" como componentes inerentes à atenção nutricional. É necessário avançar no planejamento de propostas de ações que visam combater simultaneamente a subnutrição e os problemas de excesso de peso, obesidade e DCNT, pois as formas isoladas de tratamento dessas iniquidades podem aumentar a exposição aos agravos nutricionais[26].

Por mais que os municípios tenham apresentado em seus planos aspectos relacionados à AN, ainda assim, são incipientes diante do quadro epidemiológico e social da população. A desarticulação e falta de entendimento sobre os elementos fundamentais à SAN prejudicam e vulnerabilizam ainda mais os territórios[21]. A ausência de políticas municipais voltadas à SAN nesta Região de Saúde mostra uma fragilidade na discussão acerca desta temática.

A maioria das menções diretas à SAN apareceram no contexto de metas e ações relacionadas à execução dos programas intersetoriais (como o PBF, PSE, PROTEJA e Crescer Saudável). Destes, o PSE teve maior indicação de ações, principalmente voltadas à EAN. O ambiente escolar é oportuno para a articulação da PAAS e da SAN aliados ao PNAE[2], estimulando estudantes e agricultores familiares na produ-

ção, acesso e consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados[32].

Já as ações descritas no contexto do PBF referem-se às condicionalidades exigidas pelo SUS. O histórico do programa aponta para o engessamento da priorização do registro de dados de gestantes e crianças, o que limita a atuação de forma ampliada dos serviços para as famílias do programa, provocando pouco ou nenhuma mudança na configuração social, econômica e alimentar das famílias em nível local[33].

Além disso, estas iniciativas foram descritas de forma isolada das demais ações da APS, mesmo no município que apresentou a intencionalidade de implementação de uma política municipal de SAN. Fica evidente a influência de incentivos financeiros extras na aderência às políticas e programas como os citados anteriormente que, quando efetivamente implementados, podem melhorar as condições de saúde, baseadas em abordagens multi e interdisciplinares. Com a mudança do financiamento da APS em 2019, o Previne Brasil passou a pagar os municípios por captação e indicadores de desempenho, sem incluir indicadores de AN[10].

A APS proporciona o primeiro contato entre profissionais e usuários, sendo possível a identificação e acompanhamento dos indivíduos do território para a diminuição do risco aos agravos da IA e possibilitando intervenções de PAAS mais efetivas[1]. A insuficiente contemplação da SAN na APS mostra o descompasso entre as necessidades da população e o potencial que estes espaços representam na PAAS.

Embora tenham sido identificadas poucas ações no âmbito da saúde em relação à SAN e, por vezes, não sejam denominadas como tal, elas cumprem um papel importante, mesmo que focadas na atenção nutricional ou no desenvolvimento de políticas públicas, como é o caso do PBF e PSE. Sendo assim, é importante o reconhecimento dos programas e ações que já existem nos municípios analisados e que são inerentes à SAN para sua potencialização.

Desta forma, os atores envolvidos podem apropriar-se dos recursos já disponíveis, aumentando suas percepções diante da temática. Além do mais, este estudo identificou a necessidade de ampliar análises que levam em consideração os aspectos territoriais rurais (através de diagnósticos), planejamento em saúde (concepção e elaboração) e a SAN (elaboração de planos de ação, monitoramento e avaliação). A municipalização das políticas de SAN deve ser um compromisso permanente de todos, sendo construída a partir da capacidade organizacional e participação popular[18].

Por fim, a terceirização na elaboração dos planos municipais de saúde por boa parte dos municípios pode se sobrepor à participação e controle social na eleição das ações prioritárias de forma efetiva[12], além de tornarem-se similares de um município para o outro, pois contemplam objetivos e metas pactuados nas esferas federal e estadual, com pouca especificidade local.

Destacamos que as limitações de um estudo documental são reforçadas nesta pesquisa, visto que as intencionalidades foram analisadas por meio dos planos municipais de saúde. A análise de documentos restringe a investigação ao teor das informações contidas neles, sendo recomendável que o pesquisador associe outras formas de coleta de dados[34]. Assim, sugere-se que estudos futuros possam analisar a concretização das intencionalidades das ações de SAN na rotina da APS.

Conclusões

Os PMS analisados apresentaram baixa intencionalidade para a promoção da SAN em nível municipal. A descrição de ações em nível individual reforçou a fragmentação do planejamento em saúde, bem como os diagnósticos apresentados nos planos não contemplaram as iniquidades relacionadas à AN no nível local. Esses aspectos não dialogam com o princípio da integralidade, que abarca a promoção da saúde e articulação intersetorial como ferramentas para atender às necessidades dos indivíduos no cuidado à saúde.

A terceirização na elaboração de instrumentos que pressupõem a eleição dos aspectos territoriais e contextuais da realidade de cada município, apresentou-se como uma fragilidade importante. Compreende-se a importância da construção cotidiana do sistema único de saúde, na qual a participação popular é um dos grandes pilares para um sistema assertivo e eficaz.

Cabe refletir que, mesmo diante de uma política nacional que ordena as ações de AN no âmbito da saúde, sua implementação segue incipiente. O ordenamento na execução de ações permite maior resolubilidade e otimização do uso de recursos financeiros e humanos, além de contemplar uma agenda territorial comum, o que não foi identificado na análise dos planos.

A garantia da SAN requer a corresponsabilização entre os diversos setores inseridos no território. Para além das intervenções curativas, a qualificação da atenção à AN deve estar alinhada à constituição de ambientes promotores de uma alimentação adequada e saudável. Por-

tanto, a atuação dos profissionais de saúde para a qualificação do SUS exige maior envolvimento e apropriação quanto ao seu papel como promotor da saúde de forma integral, para além da responsabilidade técnica. Esta compreensão impulsiona seu posicionamento nos espaços de gestão e planejamento, estimulando a participação social nas instâncias de controle social, onde os planos devem constituir-se como instrumentos de transformação da realidade da saúde local.

Colaboradores

C Franceschi e VR Kirsten: concepção e o delineamento; a análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada. BOU Garzão: análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada. AC Blümke: revisão crítica do artigo, e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, Pires, ACL, Alves, MFM, Faller, LA. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e39.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS; 2022.
3. Cavalcanti DM, Ordoñez JA, Silva AF, Basterra EL, Moncayo AL, Chivardi C, Hessel P, Sironi AP, Sousa RP, Campello T, Souza LE, Rasella D. Health effects of the Brazilian Conditional Cash Transfer programme over 20 years and projections to 2030: a retrospective analysis and modelling study. *Lancet* 2025; 10(7):e548-558.
4. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN). *II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil*. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; 2022.
5. Organization of the United Nations (FAO). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2025: Addressing High Food Price Inflation for Food Security and Nutrition*. Rome: FAO; 2025.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023*: *vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2023.
7. Nilson EAF, Ferrari G, Louzada MLC, Levy RB, Monteiro CA, Rezende LFM. Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultraprocessed Foods in Brazil. *AJPM Focus* 2023; 64(1):129-136.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS; 2013.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*: *Segurança alimentar (2023)*. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
10. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires AC, Moratori MF, Ramos MK, Silva SA, Carvalho MD, Bressan LÂ, Faller LD. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37:1.
11. Brandão AL, Casemiro JP, Reis EC, Vitorino SAS, Oliveira ASB, Bortolini GA. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. *Rev Panam Salud Publica* 2022; 46:e119.
12. Anunciação FC, Souza MKB. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. *Rev Baiana Saude Publica* 2011; 35(4):845-858.
13. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4331-4340.
14. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde. 15º Coordenadoria Regional de Saúde. Plano Regional Integrado. *Análise situacional da Região 20*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2019.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tipologia municipal rural urbano*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
16. Ferreira ITRN, Veras MASM, Silva RA. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2683-2694.
17. Galindo AC, Gurgel AM. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. *RECIIS* 2016; 10(4):1-20.
18. Secco HMS, Ravazzani EDA. O papel do poder público na efetividade da segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em Curitiba – conquistas e desafios. *Cad Esc Saude* 2017; 2:16.
19. Botelho FC, França Junior I, Guerra LDS, Rodrigues SF, Tonacio LV. Scientific literature on food and nutrition security in primary health care: A scoping review. *Glob Public Health* 2020; 15(12):1902-1916.
20. Lins JD. *Segurança alimentar e nutricional na organização do cuidado na atenção básica à saúde: investigação a partir da experiência de uma unidade básica de saúde no município de Franco da Rocha- SP* [monografia]. Franco da Rocha: Instituto de Saúde; 2022.
21. Motta ALB, Silva ACF, Casemiro JP. Alimentação e nutrição na Atenção Básica: o cuidado como eixo estruturante. In: Silva ACF, Motta ALB, Casemiro JP, organizadores. *Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2021. p. 11-34.
22. Henriques P, O'Dwyer G, Dias PC, Barbosa RMS, Burlandy L. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. *Cien Saude Colet* 2018; 23(12):4143-4152.
23. Machado AD, Bertolini AM, Brito LS, Amorim MS, Gonçalves MR, Santiago RAC, Marchioni DM, Carvalho AM. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4511-4518.
24. Paula NF de, Bezerra da Costa I, Maciel Paula N. Saúde Coletiva e Agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. *Saude Debate* 2022; 46(n. ep. 2):262-276.
25. Wells JC, Sawaya AL, Wibalk R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik C, Demaio A. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet* 2020; 395:142-155.
26. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
27. Hawkes C, Ruel MT, Salm L, Sinclair B, Branca F. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *Lancet* 2020; 395(10218):142-155.

28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília: MS; 2015.
29. Campos DS, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cad Saude Publica* 2021; 37(Supl.1):e00045821.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Ações de enfrentamento da má nutrição no contexto da pandemia: Portaria GM/MS nº 894, de 11 de maio de 2021 - Capítulo III*. Brasília: MS; 2021.
31. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano à alimentação adequada. *Cien Saude Colet* 2013; 17(8):2159-2168.
32. Oliveira, ASB. Monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. *Cien Saude Colet* 2022; 27(2):631-640.
33. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saude Debate* 2017; 41(n. esp. 3):129-143.
34. Cunha JAC, Yokomizo CA, Bonacim CAG. Miopias de uma lente de aumento: as limitações da análise de documentos no estudo das organizações. *Rev Alcance* 2013; 20(4):431-446.

Artigo apresentado em 09/09/2024
Aprovado em 22/09/2025
Versão final apresentada em 24/09/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons