

RESSALVA

Atendendo solicitação da autora, o texto completo desta será disponibilizado somente a partir de 02/07/2022.

Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Ciências Farmacêuticas.

**Avaliação das ações de alimentação e nutrição na
atenção primária à saúde do Mato Grosso do Sul
referenciada em modelo lógico teórico**

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Alimentos e Nutrição
para obtenção do título de Mestre em
Alimentos e Nutrição.

Área de Concentração: Ciências
Nutricionais

Orientadora: Prof(a). Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira.

Coorientadora: Prof(a) Dra. Rita de Cassia
Bertolo Martins.

ARARAQUARA
2020

Avaliação das ações de alimentação e nutrição em atenção primária à saúde do Mato Grosso do Sul referenciada em modelo lógico teórico

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Alimentos e Nutrição
para obtenção do título de Mestre em
Alimentos e Nutrição.

Área de Concentração: Ciências
Nutricionais

Orientadora: Prof(a). Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira.

Coorientadora: Prof(a) Dra. Rita de Cassia
Bertolo Martins.

ARARAQUARA
2020

B238a

Barbosa, Adriana Aparecida de Oliveira.

Avaliação das ações de alimentação e nutrição em atenção primária à saúde do Mato Grosso do Sul referenciada em modelo lógico teórico / Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa. – Araraquara: [S.n.], 2020.
74 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição. Área de Concentração em Ciências Nutricionais.

Orientadora: Maria Rita Marques de Oliveira.

Coorientadora: Rita de Cassia Bertolo Martins.

1. Avaliação de programas da saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pesquisa avaliativa. 4. Ações de alimentação e nutrição. 5. Análise de conteúdo. I. Oliveira, Maria Rita Marques de, orient. II. Martins, Rita de Cassia Bertolo, coorient. III. Título.

Diretoria do Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP - Campus de Araraquara

CAPES: 33004030055P6
Esta ficha não pode ser modificada

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL REFERENCIADA EM MODELO LÓGICO TEÓRICO

AUTORA: ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA BARBOSA

ORIENTADORA: MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA

COORDINADORA: RITA DE CÁSSIA BERTOLO MARTINS

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em ALIMENTOS E NUTRIÇÃO, área: Ciências Nutricionais pela Comissão Examinadora:

Prof.^a Dr.^a MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA
Educação / Instituto de Biociências de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. VERÔNICA GRONAU LUZ
Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade Federal de Grandes Dourados

Profa. Dra. MARIA ANGELICA TAVARES DE MEDEIROS
Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva / Universidade Federal de São Paulo

Araraquara, 02 de julho de 2020

Dedicatória

À minha avó **Euripa Aparecida** (*in memorian*) por ter sido exemplo de força e determinação que me inspira diariamente.

Aos meus queridos pais, **José Luiz e Solange**, por apoiarem meus sonhos, mesmo que isso signifique muita saudade e meses sem um abraço apertado.

Aos meus irmãos, **Fabiana e Antônio José**, que escutaram minhas lamúrias e comemoraram comigo todas as etapas da minha vida.

Aos meus sobrinhos, **João Eduardo, Bianca e Helena**, que recarregaram minhas energias com ligações, fotos e o abraços carinhosos que só as crianças conseguem dar.

Aos meus amigos, de longas datas e os conquistados durante a trajetória do mestrado, que me fizeram rir, seguraram minha mão e sem dúvida estarão sempre dentro do meu coração.

Muito obrigada a todos vocês.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações pelo apoio ao custeio do transporte através do projeto “Criação de um centro de ciência, tecnologia e inovação para soberania e segurança alimentar e nutricional como espaço de interlocução da instituição de pesquisa com a sociedade” (Convênio MCTIC nº 821825/2015).

A Faculdade de Ciências Farmacêuticas Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição – UNESP, Araraquara/SP.

À minha orientadora Maria Rita Marques de Oliveira por todo apoio, confiança durante a execução deste trabalho. Uma pessoa e profissional exemplar, capaz de transformar o mundo que contribuiu verdadeiramente na minha formação profissional e pessoal.

À minha coorientadora Rita de Cassia Bertolo Martins que desde o começo me incentivou e me apoiou na realização deste trabalho. Sempre com muito carinho, atenção e ética me ensinou muito mais do que simplesmente pesquisar.

A todos os profissionais participantes da pesquisa, que me receberam sempre com muito respeito e empatia, em especial, à equipe da Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul que aceitou o nosso projeto e intermediou a realização da coleta de dados, pois sem eles não seria possível realizar esse trabalho.

À Izabela Vasconcelos, amiga de longa data e também colega de profissão, que embarcou comigo e me auxiliou em toda a coleta de dados. Obrigada pela ajuda, companheirismo e as risadas.

Apresentação

O presente trabalho propõe uma avaliação das ações de alimentação e nutrição sob a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do estado do Mato Grosso do Sul, buscando preencher parte da lacuna a respeito de como essas ações acontecem no estado.

A dissertação foi desenvolvida em dois capítulos. O Capítulo 1 trata de uma introdução expandida a respeito dos tópicos centrais do trabalho englobando o contexto histórico da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, sistemas de atenção à saúde no mundo, modelo lógico teórico, diagnóstico participativo e Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso do Sul. Nesse capítulo encontram-se ainda o objetivo geral e específico.

Já no capítulo 2 é apresentado um estudo quali-quantitativo utilizando para a coleta de dados o diagnóstico participativo e um Modelo Lógico Teórico preconcebido das ações de alimentação e nutrição na APS e analisados de acordo com a análise de conteúdo com abordagem temática. Esse capítulo foi escrito na forma de artigo seguindo critérios dos periódicos aos quais se pretende submeter para publicação, em conformidade às normas do Programa de Pós-Graduação Alimentos e Nutrição, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP.

Além disso, essa dissertação inclui ainda 1 Anexo (Anexo 1) referentes ao MLT utilizado e 1 Apêndice (Apêndice 1) à respeito Termo De Consentimento Livre E Esclarecido – TCLE.

Resumo

A assistência da saúde no Brasil, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada referência mundial, e as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental nesse contexto, entretanto, essas ações ainda se encontram incipientes. O objetivo do presente trabalho foi avaliar as “Ações de Alimentação e Nutrição” realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) em 20 municípios do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo em que se utilizou o Diagnóstico Participativo frente a um Modelo Lógico Teórico preconcebido. O referencial metodológico constituiu-se na abordagem temática de conteúdo e embasamento teórico na hermenêutica-dialética. Todos os municípios realizavam atividades de apoio às famílias em insegurança alimentar e nutricional, bem como o aconselhamento sobre dieta saudável, porém estas atividades eram realizadas com ausência de planejamento e avaliação. Após a análise de conteúdo foram obtidos três temas centrais e suas respectivas categorias: 1) Distanciamento do modelo de APS preconizado: visão fragmentada e pouco abrangente da APS; priorização do atendimento individual; percepção negativa sobre a participação social; 2) Fragilidade na institucionalização das ações de alimentação e nutrição: priorização de programas consolidados; falta de monitoramento; práticas realizadas a partir do senso comum; 3) Deficiência na estrutura e funcionamento do serviço: pouca articulação no âmbito do sistema de saúde; e precarização do trabalho. Conclui-se que, apesar das ações em curso na APS, ainda falta ao Estado ações de institucionalização dessa política e recursos para a sua efetivação.

Palavras chave: Avaliação de programas da saúde; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa avaliativa, Ações de alimentação e nutrição, Análise de conteúdo.

Abstract

Health care in Brazil, through Primary Health Care (PHC) is considered a world reference, and the actions of food and nutrition play a fundamental role in this context, but, these actions are still incipient. The objective of this study was to evaluate the "Food and Nutrition Actions" carried out by Primary Health Care (PHC) in 20 municipalities in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. This is a qualitative-quantitative study in which participatory diagnosis was used in the face of a preconceived Theoretical Logical Model. The methodological framework was constituted in the thematic approach of content and theoretical basis in hermeneutic-dialectic. All municipalities carried out activities to support families in food and nutritional insecurity, as well as counseling on a healthy diet, but these activities were performed with no planning and evaluation. After content analysis, three central themes and their respective categories were obtained: 1)Distancing from the recommended PHC model: a fragmented and not comprehensive view of PHC; prioritization of individual care; negative perception about social participation; 2)Fragility in the institutionalization of food and nutrition actions: prioritization of consolidated programs; lack of monitoring; practices carried out from common sense; 3) Deficiency in the structure and functioning of the service: little articulation within the health system; and precariousness of work. It is concluded that, despite the ongoing actions in PHC, the State still lacks actions to institutionalize this policy and resources for its implementation.

Keywords: Evaluation of health programs; Primary Health Care; Evaluative research, Food and nutrition actions, Content analysis.

Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CNA – Comissão Nacional de Alimentação
CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DP – Diagnóstico Participativo
eSF – Equipes de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
IDHm – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MLT – Modelo Lógico Teórico
MS – Mato Grosso do Sul
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAN – Segurança Alimentar e Nutricionais
SAPS – Serviço de Alimentação da Previdência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

Lista de Tabelas e Quadros

CAPÍTULO 1

Tabela 1. Dados demográficos e socioeconômicos dos informantes-chaves atuantes na Atenção Primária de Saúde de municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.....38

Tabela 2. Distribuição das respostas a respeito da dimensão das atividades desenvolvidas em relação às ações de alimentação nutricional na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.....40

Figura 1. Distanciamento do modelo de APS preconizado: Tema, categorias e subcategorias relacionado às ações de alimentação e nutrição na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.....42

Figura 2. Fragilidade na institucionalização das ações de Alimentação e Nutrição: Tema, categorias e subcategorias relacionado às ações de alimentação e nutrição na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.....43

Figura 3. Deficiência na estrutura e funcionamento do serviço: Tema, categorias e subcategorias relacionado às ações de alimentação e nutrição na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.....44

Lista de Apêndice e Anexos

CAPÍTULO 1

Anexo 1. Modelo lógico teórico das ações de alimentação e nutrição na APS apresentado por Vitorino, Cruz e Barros (2017) traduzido.....68

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....72

SUMÁRIO

Apresentação	5
Resumo	6
Abstract	7
Abreviaturas e Siglas	8
Lista de Tabelas e Quadros	9
Lista de Apêndice e Anexos	10
1. Capítulo 1. Introdução Expandida	12
1.1 Contexto histórico da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde	12
1.2 Sistemas de Atenção à Saúde	20
1.3 Modelo Lógico Teórico	24
1.4 Diagnóstico Participativo	26
1.5 Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso do Sul	27
1.6 Pressupostos	29
1.7 Objetivo Geral	29
1.8 Objetivos Específicos	30
2. Capítulo 2. Artigo	31
RESUMO	32
ABSTRACT	33
2.1 Introdução	34
2.2 Metodologia	35
2.3 Resultados	37
2.4 Discussão	46
2.5 Conclusão	52
2.6 Referências	53
3. Considerações Finais	58
Referências Bibliográficas	59
Anexo	68
Apêndice	72

1. Capítulo 1. Introdução Expandida

1.1 Contexto histórico da Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde

As políticas de alimentação e nutrição no Brasil acompanharam as mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no país ao longo das décadas. As primeiras iniciativas, que surgiram a partir do século XIX, estavam voltadas a combater às carências nutricionais, e após o processo de transição nutricional, passou a incluir o combate às doenças crônicas não transmissíveis, buscando, por meio da alimentação, a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças¹.

O contexto histórico de combate à fome no Brasil inicia-se no período colonial, mas só a partir do século XIX que os hábitos alimentares foram relacionados ao desenvolvimento de doenças, principalmente as carenciais². E, apesar do reconhecimento dessa relação, instrumentos específicos de políticas sociais sobre alimentação e nutrição só foram instituídos ao longo da Ditadura Vargas (entre 1937-1945), principalmente devido às transformações ocorridas pós Primeira Guerra Mundial principalmente devido às transformações ocorridas pós Primeira Guerra Mundial^{2,3}. A partir desse momento então, uma série de pesquisas foram desenvolvidas, tanto no Brasil quanto no mundo, e tiveram consequências na percepção entre renda e alimentação e questões sociais impulsionando, inclusive o movimento trabalhista e a instituição do salário mínimo em 1936³⁻⁵.

O salário mínimo deveria garantir o acesso à uma “ração” capaz de prover, teoricamente, as necessidades nutricionais dos trabalhadores. Entretanto, vale ressaltar que, apesar dos esforços em garantir uma alimentação adequada, o enfoque das medidas e soluções apresentadas na época estavam relacionadas aos investimentos na educação, deixando as questões socioeconômicas que assolavam o Brasil e grande parte da população³.

Nesse mesmo contexto, é criado então, em 1940, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) que teve papel fundamental nas ações voltadas à alimentação e nutrição, com o objetivo de assegurar a qualidade da alimentação de trabalhadores e estudantes, enriquecimento de alimentos básicos,

fornecimento de alimentos mais baratos, promoção à educação alimentar e apoio à formação de recursos humanos e pesquisas na área de alimentação e nutrição²⁻⁵.

Outra medida tomada foi a criação, em 1945, da Comissão Nacional de Alimentação (CNA) que entre seus objetivos se destacavam estimular pesquisas no país e nos estados, estimular campanhas educativas, estudar e ajudar a propor normas de uma futura política de alimentação e nutrição. Um dos principais feitos dessa comissão foi a elaboração do Primeiro Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1953, e do precursor do atual Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), em 1954, sendo ambos importantíssimos para o desenvolvimento das políticas e programas existentes hoje no país².

A partir de 1964, quando a ditadura militar foi instaurada, as questões relacionadas ao desenvolvimento econômico ganharam destaque por meio da abertura da economia ao capital estrangeiro, enquanto questões relacionadas aos campos sociais ficaram esquecidas, como, por exemplo a exclusão do SAPS em 1967³⁻⁵. Nessa época, os cuidados de promoção da saúde e prevenção de doenças para a população brasileira eram responsabilidade do Ministério da Saúde, principalmente pelas campanhas de vacinação. Já a assistência à saúde em si era realizada, em sua maioria, pelo Instituto Nacional de Previdência Social, posteriormente denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, quando o cuidado era direcionado apenas aos trabalhadores formais, ficando o restante da população dividida em dois grupos: os que tinham dinheiro para pagar os serviços na assistência privada e os que não tinham direito algum e eram, em muitos casos, atendidos na condição de caridade⁶.

Com o passar do tempo, aos poucos, a assistência à saúde foi ganhando um caráter mais universal, principalmente pela mobilização dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e de setores organizados da sociedade⁶. Entretanto, o papel estratégico proposto para a CNA ainda não tinha sido concretizado, de forma que em 1972, extingue-se essa comissão e se cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que tinha como objetivo auxiliar o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição⁷. Além disso, a partir do INAN foi definido que gestantes, nutrízes e crianças até

sete anos na população de baixa renda e os escolares seriam o alvo das novas ações ⁴.

Apesar das conquistas oriundas da criação do INAN, os programas da época foram marcados pelo assistencialismo, paternalismo e clientelismo político-eleitoral, e incentivo e favorecimento das indústrias, como, por exemplo, a criação do Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes que foi criado durante uma crise na comercialização do leite^{2,3}. Além disso, foi marcado pela preocupação às populações mais pobres apenas como uma manutenção da força de trabalho e desvios de verbas para outros fins³. De forma que, devido ao enfraquecimento do papel político e técnico, o INAN é extinto 25 anos depois da sua criação e parte de suas funções foi assumida por áreas técnicas do Ministério da Saúde⁷.

Ainda na década de 1970, surge no Brasil um movimento que lutava contra o autoritarismo e buscava a democratização da saúde. O movimento, denominado “Reforma Sanitária Brasileira” (RSB), mobilizado principalmente pelos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e de setores organizados da sociedade que impulsionaram a discussão sobre os direitos da população à saúde e sobre a qualidade desses serviços^{8,9}.

Oriundo desse movimento social, acontece em 1986, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas, em sua maioria sociedade civil, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, onde foi aprovado o projeto político da RSB. Essa conferência representou não apenas uma conquista pelo direito à saúde, mas também da luta pela cidadania e democracia e foi, a partir dela que o sistema, até então curativo e voltado, principalmente, ao atendimento dos contribuintes, foi reformulado^{6,9}.

Em 1988 acontece a promulgação da nova Constituição Federal, uma das maiores conquistas sociais e da luta pela democracia de toda a história do Brasil, quando o serviço de saúde se torna mais democrático, inserindo os grupos mais vulneráveis no sistema, afirmando que “a saúde é um direito de todos e dever do estado”¹⁰. Como consequência dessas mudanças na nova constituição, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Orgânica da Saúde no 8.080 de setembro de 1990, que traz a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização e participação social como seus princípios.

Ou seja, um conjunto de ações e serviços de saúde que buscam promover prevenção e promoção da qualidade de vida, como um direito de todos os cidadãos, permitindo que os municípios e estados atuassem como protagonistas na organização e gestão da saúde, adequando-se melhor à realidade local¹¹⁻¹³.

Para auxiliar nessa luta de universalização do direito à saúde, é incentivado, baseada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) da população brasileira, e nesse mesmo ano, 1990, é criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pela Portaria nº 1156^{15,16}. Ao longo da década de 1990 surgiram tentativas estaduais para a implementação de protocolos do SISVAN, inclusive, tornando como um dos pré-requisitos para a adesão ao “Programa Leite é Saúde” e ao Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), o envio mensal dos formulários impressos, contendo os dados antropométricos às instâncias específicas. Contudo, tais ações não chegaram a ser consolidadas de modo efetivo em todo o território brasileiro^{15,16}.

As ideias relacionadas à VAN na 8ª Conferência Nacional de Saúde geraram ainda uma proposta para criação de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que influenciaram na criação, em 1993, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA)^{4,17}. O CONSEA, criado pela integração de 8 Ministros de Estado (Saúde, Educação, Bem Estar Social, Trabalho, Fazenda, Planejamento, Agricultura e Secretaria Geral da Presidência da República), tinha caráter consultivo, era composto por representantes do governo e da sociedade civil e seu objetivo era de propor e opinar sobre ações de combate à fome e insegurança alimentar, garantir o uso adequado de recursos e a realização de campanhas de conscientização de combate à fome e à miséria, descentralização do PNAE, revisão do Programa de Alimentação do Trabalhador e uso dos estoques públicos em programas emergenciais^{3,4,17}.

O CONSEA, entretanto, enfrentou restrições orçamentárias, precariedade no seu funcionamento e dificuldades de articulação das instituições. E mesmo com o relatório da 1ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar, que aconteceu em 1994, indicando a existência de 32 milhões de pessoas vivendo em condições de miséria no país, no primeiro dia do mandato do Governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, o CONSEA foi desativado¹⁸.

Ainda em 1994, por influência da carta de Alma-Ata¹⁹, e buscando superar as limitações do antigo sistema de saúde como a baixa efetividade no enfrentamento de doenças, principalmente relacionadas às desigualdades de acesso ao serviço de saúde, ausência da integralidade dos serviços e proporcionar aos municípios mais autonomia do cuidado, o Ministério da Saúde incentivou uma estruturação mais uniforme da Atenção Primária à Saúde (APS) no país por meio da implantação, na época chamado de Programa Saúde da Família e, a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006, transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), que surge como proposta de mudança do tradicional modelo sanitário médico-curativista para uma compreensão mais sanitarista e uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade^{13,20-22}.

Já em 1999, foi aprovada pela Portaria nº. 710, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a chamada PNAN que, quando surgiu, estava baseada na promoção da alimentação como direito humano por meio de medidas institucionais que possibilitassem a garantia da Segurança Alimentar e Nutricionais (SAN), ou seja, o acesso aos alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, em caráter permanente e sem comprometer outras necessidades básicas^{5,15,23}. Foi proposto, para alcance do seu objetivo, o cumprimento, além da preservação da SAN, outras diretrizes que visassem ações intersetoriais, acesso universal, monitoramento da saúde alimentar e nutricional, promoção de práticas alimentares e de vida saudável, e prevenção de doenças relacionadas à alimentação²⁴.

A PNAN incluiu também a VAN como uma de suas diretrizes e, portanto, o SISVAN voltou a ganhar destaque com o objetivo de fornecer dados de forma contínua sobre o estado nutricional. A partir de janeiro de 2008, passou a incluir o monitoramento do consumo alimentar dos usuários da APS, por meio de formulários eletrônicos (SISVAN Web) proporcionando, pelo menos teoricamente, informações adequadas e suficientes para auxiliar na formulação de ações, programas e políticas para a promoção de uma alimentação adequada e saudável, bem como a prevenção de doenças e agravos nutricionais, como, por exemplo, a utilização dos indicadores do SISVAN para menores de dois anos, como um dos parâmetros para monitoramento da Estratégia Alimentação e Alimentação Brasil^{17,25}.

Entretanto, esse sistema é ainda subalimentado e suas informações não são utilizadas para auxiliar a tomada de decisão em âmbito municipal e estadual¹⁶.

A partir de 2003, devido à grande transformação política ocorrida pela “Era Lula”, houve muitas conquistas políticas, principalmente, na luta contra a fome e distribuição de renda e, entre elas está a restauração do CONSEA, com ainda mais participação social e a criação do Programa Bolsa Família (PBF), o maior programa de transferência de renda do mundo. Vale ressaltar que, mais de 16 anos após a criação do PBF, é possível perceber uma significativa redução da pobreza, da fome e da mortalidade infantil, além do aumento da utilização de serviços de saúde pelas crianças beneficiárias¹. Mas, mesmo com os ganhos setoriais no desenvolvimento do SUS e na luta pela igualdade social ocorridas neste período, foram ainda insuficientes para garantir uma saúde de qualidade à todos os brasileiros, além de ter sido marcado por um período de grande ambiguidade e muitas críticas ao perfil assistencialista das políticas governamentais da época^{2,8}. Além disso, deve-se considerar a atual condição global acerca da pandemia de COVID-19 que agrava ainda mais as condições de vulnerabilidades das população em pobreza extrema, incluindo àquelas beneficiadas pelo PBF, assim, o fortalecimento desse programa bem como a criação de novas medidas que garantam um nível mínimo de bem-estar às essas famílias são necessários²⁶.

Em 2008 é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como uma estratégia para fortalecer a rede de cuidados e a resolutividade da ESF, com o objetivo de apoiar e ampliar as ações executadas, prestando auxílio às equipes existentes no território²⁷. Junto com a criação do NASF, o nutricionista foi incluído, embora não de forma obrigatória, entre os profissionais para compor as equipes multidisciplinares voltadas ao atendimento dos usuários da APS^{28,27}.

Para orientar a atuação dos profissionais que compunham o NASF foram criados, entre outros materiais, a Matriz de ações de alimentação e nutrição²⁹ e o Guia Alimentar para a população brasileira, com sua última versão publicada em 2014³⁰. Esses materiais contêm orientações, com uma abordagem multifocal, sobre ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de hábitos alimentares saudáveis²⁴.

Além disso, após dez anos da primeira publicação da PNAN, ocorreu o processo de atualização e aperfeiçoamento de seus princípios de modo a se adequar a atual realidade, principalmente relacionada à transição nutricional com a redução da desnutrição e aumento significativo do sobrepeso e obesidade³¹. Segundo Jaime et al.²⁴ essa atualização contribui para a formulação, implementação e avaliação das ações de alimentação e nutrição na APS do SUS.

Em sua nova versão, por meio da Portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, a PNAN traz como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, por meio da promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição^{24,31}. Entretanto, quase 10 anos depois, ainda se encontra uma implementação incipiente³².

Esse conjunto de conquistas, como, a elaboração da PNAN, implementação da ESF e do NASF, matriz das ações de alimentação e nutrição e guia alimentar, que, apesar de haver muitos desafios, representam grande importância no apoio ao trabalho na APS e para a promoção da saúde²⁴. Em contrapartida a todas essas conquistas, a partir de 2016, devido a uma série de mudanças no contexto político, que resultaram em reajustes de várias políticas e da aprovação de um novo regime fiscal, a insegurança alimentar, fome e pobreza no país se tornam novamente uma preocupação¹.

Entre esses reajustes, podemos citar a reformulação da PNAB instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017³³. Vale ressaltar que essa é a terceira edição dessa política, sendo que a primeira e a segunda foram publicadas, respectivamente, em 2006 e 2011^{34,35}. A PNAB, principalmente em 2011, reafirma as ações voltadas à preservação da saúde, tanto da pessoa individualmente, quanto do coletivo e define as Redes de Atenção à Saúde, como uma forma de se promover o cuidado à saúde da população por meio do cumprimento de uma série de funções como ser a base, ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes, determinando que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam instaladas próximas a onde a população mora, trabalha e estuda. Essa portaria atualizou os conceitos da política, adicionou elementos ligados ao papel desejado da atenção básica e incentivou o aumento das Equipes de Saúde da Família (eSF) e também, do número de municípios contemplados com NASF^{33,36}.

Outra mudança decorrente da atualização da PNAB, em 2017, foi a atualização do termo utilizado, deixando de ser Núcleo de Apoio à Família e se tornando Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suprimindo a noção de apoio e ampliando a atenção das equipes multidisciplinares às UBS tradicionais, além das eSF^{33,36,37}.

Entretanto, a atualização dessa política em 2017 teve como propósito central e impactante a redução do papel do Estado na garantia do direito à saúde, com a flexibilização das condições de oferta pelas unidades federativas. Permite redução do número mínimo de Agentes Comunitário de Saúde (ACS) por eSF, que deixa de ser quatro ACS/equipe para apenas um ACS/equipe, e que a cobertura de atendimento desses agentes passa a ser preconizada apenas nas famílias em vulnerabilidade. Além disso, nessa atualização há a priorização das UBS com perfil mais tradicional em detrimento da ESF, que tem um perfil mais preventivo, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal³⁶.

Outro retrocesso importante no contexto da Alimentação e Nutrição refere-se à paralização das atividades do CONSEA por meio da Medida Provisória nº 870 em 1º de janeiro de 2019³⁸. Oficialmente, essa medida realiza apenas uma reestruturação ministerial, mas, na prática, extingue as atribuições do conselho em acompanhar, articular e monitorar a Política e o Plano Nacional, bem como a sua autonomia para convocações de conferências nacionais. De modo geral, essa medida provisória fragilizou a luta em busca da SAN e todas as conquistas já alcançadas nessa esfera, bem como uma afronta direta a todas as conquistas democráticas até então obtidas, por reduzir mais um local de participação e discussão social^{39,40}.

Além disso, a partir das Portarias nº 2.979⁴¹ e 3.222⁴², ambas de 2019, houve mudanças do financiamento de recursos para a APS, que passa a ocorrer por capitação ponderada e por desempenho, além de incentivos para estratégias e programas, como, Programa Saúde na Hora, , Saúde na escola, Academia da Saúde e outros. Na capitação por desempenho os repasses passam a ser realizados de acordo com os registros da população, havendo uma ponderação entre as populações consideradas vulneráveis e não vulneráveis e de acordo com o perfil demográfico⁴¹. As mudanças propostas a partir da Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, com relação ao financiamento do custeio da APS,

culminaram na extinção do NASF-AB pelo governo federal, ficando a inclusão/manutenção das equipes multiprofissionais sob responsabilidade dos governos estaduais e municipais. Tal medida refletiu em mais uma fragilidade para a APS, indicando uma possível extinção da interdisciplinaridade na equipe de saúde, pela priorização apenas do médico e enfermeiro^{42,43}.

A implantação das políticas e ações relacionadas à alimentação e, até mesmo a implementação do SUS foi um processo muito tortuoso e apresenta consequências que desfavorecem a implementação efetiva dessas políticas^{8,24}. Atualmente, no Brasil, segundo as estimativas pelo Global Burden of Diseases, entre os fatores de risco que mais causam mortes e incapacidades no Brasil estão a pressão arterial elevada, o índice de massa corporal elevado, riscos dietéticos, desnutrição e colesterol LDL elevado⁴⁴. Portanto, avaliar e repensar essas políticas são de extrema importância para melhorar a qualidade de vida e a prevenção de doenças nos brasileiros.

1.2 Sistemas de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são o conjunto de atividades e serviços que buscam manter, restaurar e promover à saúde de uma determinada população e de acordo com o contexto no qual está inserida⁴⁵. O sistema pode ser organizado de diferentes formas, principalmente relacionada ao acesso desse sistema pelo usuário, de modo que ele expressa muito além dos serviços oferecidos, mas também, os valores do país diante das necessidades da população⁴⁶.

A consolidação dos sistemas de atenção à saúde começou na primeira metade do século XX e atualmente existem três grandes modelos estabelecidos: modelo assistencialista, modelos de seguros sociais e os sistemas nacionais e universais de saúde⁴⁷. Vale ressaltar que em cada país, esse sistema não pode ser considerado puro e é composto por uma combinação de vários fatores como gestão, financiamento e serviços ofertados⁴⁶.

No modelo denominado assistencialista, também chamado de residual, a saúde é entendida como uma mercadoria e cabe à população a contratação de seguros de saúde privados, sendo o papel do estado apenas garantir o acesso à

assistência apenas das pessoas com baixa renda. Nesse caso, a parcela da população que não se enquadra nos critérios de pobreza e que, mesmo assim não conseguem financiar os serviços ou contratar um seguro de saúde privado acaba sem direitos à assistência à saúde^{47,48}.

Os Estados Unidos (EUA) são um exemplo de país que adota esse modelo e apesar de apresentar um dos maiores gastos com saúde em relação ao PIB, milhões de estadunidenses se encontram desamparados^{47,48}. Nesse sentido, os EUA propôs uma reforma no sistema de saúde em 2010 com a criação da “Lei de Proteção ao Paciente e Assistência Acessível” popularmente conhecido como “Obama Care”. A reforma teve como objetivo possibilitar que a maioria da população tivesse plano de saúde, proibindo, por parte das empresas de seguros privados, discriminação com base no sexo e nas condições de saúde pré-existent, de modo que todos os cidadãos estadunidenses passassem a ser obrigados a contratarem um plano de saúde, ou então, seriam penalizados com uma multa. Novamente, aqueles que não tivessem condições receberiam uma ajuda do governo. É perceptível, entretanto, que essa reforma buscou favorecer o acesso, mas ainda de maneira não universal e igualitária⁴⁹.

O sistema de saúde relacionado ao seguro social, chamados também de corporativistas ou meritocráticos, está, de forma geral, relacionado às contribuições dos trabalhadores e seus empregadores. Nesses casos a contratação do seguro, diferentemente daqueles relacionados às empresas privadas presente nos EUA, por exemplo, acontece de forma compulsória, independentemente do risco de adoecer e está vinculado ao mercado de trabalho tradicional, ou seja, todos os empregados registrados são obrigados a contratá-los e sua cobrança é proporcional ao salário recebido⁴⁷⁻⁵⁰.

O primeiro país a praticar esse tipo de sistema foi a Alemanha, em 1883, que ainda é uma referência para esse tipo de sistema e lá, por exemplo, o acesso à assistência a saúde acontece de modo de forma abrangente e uniforme, ou seja, garante a assistência ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, independentemente do grau de contribuição⁴⁸.

Já os sistemas de saúde baseado em modelos universais de saúde o estado é o responsável por garantir a saúde de todos por meio do financiamento, gestão e

prestação de serviços abrangentes de forma implícita buscando a atenção integral dos indivíduos⁴⁸. Esse modelo surgiu na Inglaterra durante a Segunda Guerra Mundial e deu-se pela criação do “National Health Service”, em que, pela primeira vez, a saúde estava alicerçada ao conceito de cidadania⁴⁷. Entretanto, foi só a partir da década de 1980 que a maioria das transformações estruturais aconteceu de fato e esse modelo começou a ser implementado por vários países⁵¹.

Um marco para esse tipo de sistema foi à realização da Conferência Mundial de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata em 1978. Nesse encontro as discussões sobre a assistência à saúde de forma universal, ou seja, direcionada a todos os indivíduos, famílias e comunidades, descreveu este como o modelo de sistema mais efetivo para proporcionar qualidade de vida à população⁵². Cerca de 40 anos depois, em concordância a isso e para reafirmar o compromisso da luta pela cobertura universal em saúde foi realizada a Conferência Global sobre APS, em Astana^{19,53}.

O Brasil, hoje com aproximadamente 41 mil equipes multiprofissionais e assistindo 130 milhões de brasileiros, se destaca como exemplo mundial nesse tipo de sistema, principalmente após a criação do SUS e sua consolidação com a implementação da Estratégia de Saúde da Família^{19,54}. Apesar das inúmeras deficiências e necessidades de melhoria, esse sistema merece cada vez mais ser reconhecido, principalmente, para que seja incentivado o seu fortalecimento⁵⁵.

Vale ressaltar que quando não houver disponibilidade suficiente de recursos próprios que garantam a assistência, o SUS poderia recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada por meio de contrato e convênios⁵⁶. Segundo Santos⁵⁷, a redução da parcela dos investimentos em saúde direcionadas à iniciativa privada, aumentaria significativamente o orçamento do SUS e favoreceria a efetivação das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania.

Além da Inglaterra e do Brasil, outros países como Portugal, Canadá apresentam sistemas universais. Vale ressaltar que a estrutura administrativa varia de país para país dificultando a comparação entre eles^{46,47}. Em Portugal, por exemplo, o chamado Sistema Nacional de Saúde foi instaurado em 1974. O planejamento e a regulação do sistema são realizados pelo Ministério da Saúde e a administração, contratação de serviços e recursos humanos cabe a cada uma

das regiões administrativas. Já o financiamento desses serviços acontece por meio do conjunto de recurso como impostos arrecadados pelo governo, seguros de saúde associados a categorias profissionais, reafirmando que os sistemas são compostos por um conjunto de modelos⁵⁸.

O Canadá, por sua vez, possui um sistema de saúde também baseado no modelo universalista, desde 1966, e nesse sistema cada província deve garantir, por meio do estabelecimento das prioridades e gestão dos serviços, a universalidade e integralidade da assistência. O financiamento por sua vez provém no orçamento fiscal entre o governo federal e as províncias, mas a oferta de serviços acontece por meio da contratação de prestadores de serviços privados e todos os cidadãos canadenses têm direito à atenção a saúde⁴⁶.

Em relação aos países da América Latina, de modo geral, a partir de 2000, houve uma revitalização da atenção primária, a fim de reafirmar os princípios de Alma-Ata. Segundo documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e a OMS⁵⁹, essa renovação consiste como a melhor abordagem para produzir melhorias na qualidade de vida das populações das américas. Entretanto, os sistemas nesses países ainda se apresentam, na maioria, de forma fragmentada⁵⁰.

Um grande exemplo é o caso do Chile que possui um sistema segmentado constituído por um setor público e outro privado. O primeiro, chamado de Sistema Nacional de Servicios de Salud, cobre aproximadamente 80% da população chilena, inclusive a população mais carente, e é financiado pelas contribuições dos impostos gerais e contribuição dos trabalhadores, recolhidas pelo Fundo Nacional de Saúde. Já o serviço privado, que cobre 17% da população, também é financiado pelas contribuições sobre os salários, reunido pelas Instituições de Saúde Previdenciária. De modo geral, os trabalhadores chilenos podem optar em qual setor fará a sua contribuição, mas, na prática, a renda determina por qual setor ele será beneficiado, pois, a privada, apesar de apresentar uma oferta de serviços mais ampla do que o público, é mais cara⁵⁰.

Os sistemas de saúde apresentam uma estreita relação com a proteção social de forma que já se é bem estabelecida a vantagem dos sistemas universais. Quanto maior a oferta de serviços na APS e quanto maior for o financiamento por

parte do governo, melhor será o desempenho do sistema, por possibilitar maior cobertura e qualidade do acesso à saúde^{46,50}. Portanto, são necessários esforços pela busca de sistemas públicos, universais e efetivos pelos países, de modo a proporcionar saúde e melhor qualidade de vida para toda a população^{54,45}.

1.3 Modelo Lógico Teórico

As avaliações de políticas públicas podem ser definidas como “exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa que contemple seu desempenho, implementação e resultados, tendo em vista a determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância de seus objetivos” (p. 972)⁶⁰ podendo se fundamentar em diferentes perspectivas, a depender da abordagem teórico-metodológica adotada, ou seja, pode estar relacionadas à geração de informação e de conhecimento para embasar o desenho (análise *ex ante*), à implementação (monitoramento sistemático) e à validação (avaliação *ex post*) de programas e políticas sociais^{61,62}.

De acordo com o propósito da pesquisa, a avaliação de políticas poderá responder questões norteadoras e determinar se o programa e/ou a política são necessárias, efetivas, eficientes, sustentáveis e quais as mudanças necessitam ser feitas no futuro⁶³. Além disso, segundo Ramos e Schabbach⁶⁴, poderá auxiliar os formuladores e os gestores na elaboração de novas políticas que sejam mais consistentes e, inclusive, com custos menores.

As avaliações de política pública já eram interesse de estudo de cientistas desde a década de 1930, mas esse tipo de avaliação só ganhou destaque, nos Estados Unidos, a partir da década de 1960. Porém, naquela época, as avaliações quantitativas eram os principais mecanismos utilizados. Com o avançar dos anos, as pesquisas passaram por profundas transformações metodológicas e as abordagens qualitativas ganharam destaque⁶³⁻⁶⁵.

No Brasil, apesar desse tipo de avaliação ter ganhado importância só mais tarde, a partir dos anos 1990, atualmente, ela vem se tornando o foco tanto de pesquisadores no meio acadêmico, com um aumento considerável de pesquisas relacionada a esses assuntos, quanto pelo governo federal, como por exemplo, a

utilização de modelos lógicos para aperfeiçoar a implementação do programa plurianual^{60,65}.

Uma das ferramentas utilizadas nesse processo é o Modelo Lógico Teórico (MLT), criado no final da década de 1960, mas que passou a ganhar destaque na década de 1990 por causa da ênfase no gerenciamento de resultados e na medição de desempenho⁶⁶.

O MTL, que deve ser a primeira etapa de um estudo de avaliação de base teórica, pode ser definido como uma esquematização visual que descreve como um sistema complexo de ações pretende atingir os seus resultados esperados e revela, também, o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar determinada situação problemática, ou seja, descrever, sucinta e esquematicamente, como um sistema complexo de ações pretende atingir os seus resultados⁶⁷⁻⁶⁹.

É uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar. O MLT deve apresentar três componentes lógicos, sendo eles, a explicação do problema e referências básicas do programa (objetivos, público-alvo e beneficiários); estruturação do programa para alcance de resultados (resultados e impactos); e identificação de fatores relevantes de contexto⁷⁰.

O MLT pode ser utilizado para diversos fins, como identificar os objetivos, recursos, ações, resultados e relações causais, contribuir para gerar referências e indicadores de desempenho, explorar a realidade de implementação do programa, entre outros⁶⁵. Apresentam ainda inúmeras vantagens, como evidenciar a consistência lógica do programa, se está sendo operado conforme o previsto, destacar os sucessos a serem reproduzidos e as falhas que devem ser evitadas, direcionar a execução das atividades de avaliação, auxiliar a percepção objetiva do seu funcionamento entre os profissionais participantes, definir as responsabilidades e, melhorar o planejamento⁶⁵. Além disso, a apresentação em forma de modelagem otimiza tempo e recursos^{69,71}.

Entretanto, apesar dessas vantagens e da elaboração da modelagem configurar um dos passos iniciais e contribuir significativamente para o processo

de tomada de decisão, em termos de gestão de programas de saúde, na administração pública brasileira, a incorporação desses procedimentos de avaliação de rotina de serviços ainda não são práticas regulares e apresentam grandes lacunas técnicas e científicas sobre a implementação e avaliação de políticas públicas^{67,68}.

1.4 Diagnóstico Participativo

Ao se realizar pesquisas que abordem assuntos subjetivos, surge o desafio de entendê-los e considerá-los em sua complexidade, principalmente, ao se interpretar os resultados. Uma das metodologias que visam superar esses obstáculos, por dar espaço para as pessoas envolvidas expressarem suas opiniões, é o Diagnóstico Participativo (DP), que surgiu nos estados Unidos na década de 1930, com o objetivo de promover uma relação entre a teoria e a prática, principalmente relacionada às populações marginalizadas⁷²⁻⁷⁵.

No DP é feito um levantamento das potencialidades e dificuldades envolvidas nas áreas da saúde, social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional presentes no território e, principalmente, levando em consideração os conhecimentos científicos e as opiniões das diferentes partes interessadas^{72,75,76}, além de ser uma ferramenta considerada de fácil compreensão por parte dos informantes participantes⁷⁷.

Os objetivos dessa metodologia são de ajudar a envolver os diferentes grupos interessados na identificação sobre o que acontece na comunidade ou o contexto do problema em questão e também, servir para gerar dados consistentes para avaliação das políticas através da troca de informações, colaborando, dessa forma, para a superação do eixo pesquisador/pesquisado, conhecedor/conhecido⁷²⁻⁷⁴.

Além disso, segundo estudos^{77,78} que utilizaram o DP como metodologia, permitiu que pesquisadores conhecessem a realidade de forma que, a realização de discussão entre os gestores e/ou representantes dos municípios possibilitasse a elaboração de planos estratégicos para enfrentar as dificuldades encontradas.

Existem várias ferramentas para aplicação do DP, nas quais se destacam entrevista semiestruturada, individuais ou de grupos, observação participativa, mapeamento participativo e oficinas comunitárias, mas, geralmente, após os participantes receberem informações específicas sobre a problemática, pede-se que opinem a respeito da problemática norteados por algumas perguntas-chave, contribuindo para o diálogo aberto e a livre expressão sobre a sua percepção⁷²⁻⁷⁴.

Dessa forma, busca-se, a partir de uma abordagem reflexiva, expandir as responsabilidades de elaboração e implementação de políticas públicas para além das convicções do Estado e reconhecer a relevância da gestão participativa, garantindo o direito à cidadania à todos os seus moradores e identificando, de fato, as potencialidades e dificuldades encontrada na realidade analisada^{75,77,79}.

1.5 Atenção Primária à Saúde no estado de Mato Grosso do Sul

O estado de Mato Grosso do Sul (MS) está localizado na região centro-oeste do Brasil e possui uma população estimada, para o ano 2019 de 2.778.986 habitantes em uma área territorial de 357.145,532 km², que representa 4,19% do território brasileiro sendo classificado como o 6º maior do país⁸⁰. Vale ressaltar que o estado, possui um índice de desenvolvimento humano, em 2010, de 0,729, que segundo a faixa de desenvolvido humano pode ser considerado alto, além de uma expectativa de vida de 74 anos e taxa de analfabetismo de 8,1%⁸¹.

É composto por 79 municípios divididos, de acordo com os aspectos histórico-culturais, sociais, econômicos e demográficos, em 11 microrregiões de saúde: Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas⁸². A densidade demográfica em todo estado é baixa, sendo que a maioria dos municípios (57%) do estado possui uma população inferior a 20.000 habitantes, portanto, os centros dessas microrregiões de saúde são muito importantes para o estado⁸³.

Historicamente considerado um estado novo, o MS originou-se da divisão do gigante Mato Grosso em 11 de outubro de 1977 por meio da assinatura da Lei complementar nº 31⁸⁴, ainda durante a ditadura militar. Mas, essa divisão só

aconteceu efetivamente em janeiro de 1979 com a instalação do governo do novo Estado^{85,86}.

Quando apenas Mato Grosso, o estado ganhou destaque aos olhos do governo a partir a Marcha para o Oeste que foi um movimento de “ocupação” das terras brasileiras, com o objetivo da expansão agrícola e “povoamento” das fronteiras nacionais⁸⁶. Além disso, após a divisão do estado, foi implantado na região Programa Especial do Desenvolvimento do Mato Grosso do Sul buscando o desenvolvimento econômico da nova unidade federativa, principalmente pela ampliação da produção de alimentos básicos, como trigo, e o favorecimento da agroindústria⁸⁵.

Esses movimentos desconsideraram a “legitimidade da propriedade indígena” que gerou consequências a essa população que permeiam até hoje, sendo que atualmente, o estado que possui a segunda maior população indígena do país, totalizando 74.000 habitantes, ou seja, 9% da população estadual. Também apresenta elevados percentuais de desnutrição crônica, a partir do sexto mês de vida, em crianças indígenas^{83,86-88}.

Em contrapartida, segundo os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁸⁹ em 2018, apontou a capital do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, como a 6ª capital brasileira com maior percentual de adultos com sobrepeso e obesidade (58,4% e 21,5%, respectivamente), enquanto apenas 34,1% dos adultos consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana e apenas 23,7% consomem cinco ou mais porções diárias desses alimentos. Além disso, 42,7% desses adultos realizam práticas de atividades físicas insuficientes e 10,7% são fisicamente inativos.

Outra grande particularidade desse estado é o fato dele possuir fronteiras com dois países sul-americanos, Paraguai e Bolívia, e ainda, com outros cinco estados, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraná e São Paulo. Esse contexto de elevada extensão geográfica, apesar de favorecer o comércio e o escoamento da produção, torna o trabalho do SUS e de qualificação dos trabalhadores bastante desafiador^{83,90,91}.

Em relação à estrutura dos serviços de saúde, segundo os dados disponíveis pelo sistema de informação e gestão da atenção básica, em dezembro de 2019, aproximadamente 77,0% da população sul-mato-grossense estava coberta pela APS. Segundo o mesmo relatório existiam no estado, 595 eSF cobrindo aproximadamente 70,0% da população. Quanto à cobertura pelos ACS, chega à quase 92,0% de toda a população do estado. Vale ressaltar ainda, que existem no MS 64 equipes do NASF-AB, sendo que 59 participaram do 3º ciclo de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade, totalizando 92,8% de aderência do programa⁹². Já a cobertura do estado nutricional e consumo alimentar no estado, em 2018, de apenas, 15,8% e 2,7%, respectivamente⁹³.

Não existe na literatura avaliações da APS de modo geral no estado, principalmente correlacionada à alimentação e nutrição; entretanto, vale ressaltar que em estudo desenvolvido na capital do Mato Grosso do Sul, em 2010, classificou a APS no município como satisfatória, mas, muito próxima a ponto limítrofe entre a categoria intermediária. As principais dificuldades elencadas pelos autores estão à falta de integração entre as equipes e os setores e, também uma seletividade em relação à população atendida, mostrando que ainda eram necessários esforços para que os princípios preconizados pelo SUS sejam atendidos⁹⁴, mostrando a necessidade de avaliação desse aspecto, principalmente englobando o estado todo.

1.6 Pressupostos

O sistema de saúde no Brasil tem uma política de Atenção Primária à Saúde bem consolidada e apresenta vários documentos que favorecem a implantação das ações de alimentação e nutrição. Além disso, a APS na capital do Mato Grosso do Sul é classificada como satisfatória, mas muito próxima ao limítrofe, e apresenta uma boa cobertura da população. Dessa forma, os pressupostos do presente trabalho, é que a implementação dessas ações no estado também esteja nesse patamar.

1.7 Objetivo Geral

Avaliar como as ações de alimentação e nutrição estão sendo implementadas sob a percepção de profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde em municípios do estado do Mato Grosso do Sul frente à utilização de um Modelo Lógico Teórico preexistente.

1.8 Objetivos Específicos

- Identificar o percentual de realização das atividades a respeito da alimentação e nutrição direcionadas aos indivíduos, famílias e comunidades desenvolvidas nos municípios
- Analisar as potencialidades e dificuldades encontradas pelos municípios relacionados às Ações de Alimentação e Nutrição.

3. Considerações Finais

Este trabalho teve como objetivo geral analisar a implementação das ações de alimentação e nutrição do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil.

Uma revisão crítica em relação aos alicerces do trabalho, a fim de apresentar uma contextualização das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde brasileiro, as particularidades do estado e das ferramentas utilizadas foi realizada. No capítulo da introdução expandida foi evidenciada a importância dessas ações de alimentação na APS bem como a utilização das de algumas ferramentas avaliativas para o direcionamento da avaliação das políticas públicas.

Quanto aos resultados, observou-se que o MLT sobre as ações de alimentação e nutrição se mostrou sensível ao avaliar o grau de implementação das ações por meio do Diagnóstico Participativo envolvendo os profissionais atuantes na APS. Essa foi a primeira vez que o modelo foi utilizado frente às equipes para avaliação do processo de trabalho.

Além disso, observou-se, por um lado, em todos os 20 municípios, representando as 11 microrregiões de saúde, apresentaram grande interesse dos profissionais em relação às ações de alimentação e nutrição. Entretanto, de outro, foram relatadas fragilidades, como gestão setorializada disponíveis para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição mostram-se prioritárias.

Conclui-se, por fim, que apesar de o governo federal estabelecer diretrizes para as ações de alimentação e nutrição consonantes com o SUS, ausenta-se em estabelecer metas e criar condições operacionais em termos de pactuação de suas proposições e recursos para que a alimentação e nutrição, de fato, constituam um ciclo de política pública, envolvendo todas as etapas de planejamento, implementação e avaliação nos municípios e territórios.

Referências Bibliográficas

1. Vasconcelos FAG, Machado ML, Medeiros MAT, Neves JA, Recine E, Pasquim EM. Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer. *Rev Nutr*. 2019;32:1–10.
2. Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev Nutr*. 2005 Aug;18(4):439–57.
3. Barros MSC, Tartaglia JC. A Política de Alimentação e nutrição no Brasil : Breve Histórico, Avaliação e Perspectivas. *Rev Nutr*. 2003;14(1):109–21.
4. Silva AC. Ética e política: De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estud Avançados*. 1995;9(23):87–107.
5. Pinheiro ARO, Carvalho DBB. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde e Soc*. 2008 Jun;17(2):170–83.
6. Souza RR. *O sistema público de saúde brasileiro*. 2002.
7. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, E Silva DO, Santos LMP. A look at the food and nutrition agenda over thirty years of the unified health system. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1829–36.
8. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(4):625–44.
9. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*. 2016 Mar;40(108):204–18.
10. Brasil. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. [Acessado em 2020 mai 18]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
11. Brasil. Presidência da República. *Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1; 1990 p. 1–15. [Acessado em 2019 set 25] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2000. p. 44p. [Acessado em 2019 set 25] Disponível em:

13. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2017 Jul;27(3):793–811.
14. Bento IC, Lana DV. Influence of strengthening Health Surveillance project in nutrition data coverage. *Rev. APS*. 2017;20(3):385–91.
15. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKN, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2009 Dec;12(4):688–99.
16. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22.
17. Nascimento RC. *O papel do consea na construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: um olhar a partir da abordagem referencial*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2012, p.215.
18. Lemos J, Moreira P. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: Um Passeio pela História. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2013;17(4):377–86.
19. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana: Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3).
20. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Soc*. 2011 Dec;20(4):867–74.
21. Reis-Borges GC, Nascimento EN, Borges DM. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. *Distúrbios da Comun*. 2018 Apr 1;30(1):194.
22. Pinto LF, Giovanella L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet*. 2018 Jun;23(6):1903–14.
23. Brasil. *Lei Nº11.346, de 15 de setembro de 2006*. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União.; 2006 p. 1–4. [Acessado em 2020 fev 13] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm
24. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011 Dec;24(6):809–24.

25. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg em saúde para debate*. 2014;(51):72–85.
26. Paiva LH, Bartholo L, Souza PHGF, Soares S. *Nota Técnica nº 59: Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o Programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à Covid-19*. Brasília; IPEA; 2020. 18 p. [Acessado em 2020 jul 28] Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9826/1/NT_59_Disoc_Evitando_a_pandemia_da_pobreza.pdf.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. [Acessado 2020 jul 27]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). [Acessado 2020 mai 16]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_na_sf.pdf <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10633189>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. 1o. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e, editor. Brasília; 2009. 78p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2014; 2.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.
32. Pedraza DF. Implementation of food and nutrition actions in the context of family health strategy, Paraíba, Brazil. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019;
33. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Acessado 2020 jul 26]. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. [Acesso em 2020 jul 27]. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.

35. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. [Acessado em 2020 jul 27]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

36. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):38–51.

37. Gonçalves IDSA, Pereira PF, Silva MBL, Ladeira FB, Moreira TR, Cotta RMM, et al. Nutritional status coverage trend registered in the SISVAN web in seven municipalities of the Zona da Mata Mineira, Brazil, from 2008 to 2017, and its association with socio-economic, demographic and organisation of health system variables. *J Nutr Sci*. 2020;16:1–8.

38. Brasil. Presidência da República. *Medida Provisória n. 870, de 1º de janeiro de 2019*. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jan. 2019. Seção 1, Edição Especial, p. 22. [Acessado em 2020 jul 26]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm.

39. Castro IRR. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):1–4.

40. Almeida EVL, Lanke FA, Souza MLJ, Domingues EGRL. *Segurança Alimentar: o desenvolvimento orçamentário de uma política fundamental para a sociedade*. In: As Ciências Sociais Aplicadas e a Competência no Desenvolvimento Humano. Atena Editora; 2020. p. 147–59.

41. Brasil. *Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: 2019. [Acessado 2020 jun 16]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

42. Brasil. *Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: 2019. [Acessado 2020 jun 16]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>.

43. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):38–51.
44. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Brazil profile*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. [Acessado 200 mai 31]. Disponível em <http://www.healthdata.org/brazil>.
45. Carey G, Crammond B, Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015 Dec 15;14(1):81.
46. Conill, EM. *Sistemas comparados de saúde*. In: Campos GWS, Minayo, MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.563-613.
47. Marques RM. *O direito à saúde no mundo*. p.11-36. In: Marques RM, Piola SF, Carrillo Roa A (Orgs). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016, 260p.
48. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet*. 2018 Jun;23(6):1763–76.
49. Allard Soto R. Repercusiones de “ObamaCare” para la reforma sanitaria en Chile. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):103–6.
50. Carrillo Roa A, Alfaro Cantón G, Ferreira MRJ. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. p.37-73. In: Marques RM, Piola SF, Carrillo Roa A (Orgs). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016, 260p.
51. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Cien Saude Colet*. 2020 Apr;25(4):1401–12.
52. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* Ginebra: OMS; 1978. [Acessado 2020 jun 25]. Disponível em <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>.
53. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaration of Astana*. Global Conference on Primary Health Care. Astana, kazakhstan. 2018. [Acessado em 2020 jul 25]. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.

54. Silveira NJD. *Programa mais médicos: análise da produção de cuidados na atenção primária à saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro de Ciências de Saúde. 2019. 139f.
55. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* In: Organização Pan-Americana de Saúde (Orgs). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*. Brasília; 2018. p. 222. [Acessado 2020 abr 13]. Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49663/9789275720448_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. [Acessado 2020 jul 28]. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf.
57. Santos NR. SUS, política pública de Estado: Seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013;18(1):273–80.
58. Conill EM, Damasceno MA. O papel do farmacêutico em sistemas públicos e universais de saúde: um panorama comparado do Brasil, Canadá e Portugal. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2019;13(2):53.
59. Organização Pan-America da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Org). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-America da Saúde/Organização Mundial da Saúde*. 2007; 44p. [Acessado 2020 abr 13]. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965.
60. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Rev adm pública*. 2003;37(22):969–92.
61. Kaminski RS, Sambuichi RHR, Moura IF, Januário ES. Desafios metodológicos para a avaliação de programas governamentais: o caso do programa de aquisição de alimentos. *Open J Orthop*. 2018;18:107–17.
62. Oliveira EM, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo MAC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: A perspectiva de usuários da área rural. *Saude e Soc*. 2015;24(3):901–13.
63. Cosendey MAE. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, ENSP. 2000. 358f.
64. Ramos MP, Schabbach LM. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: Conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev Adm Publica*.

2012;46(5):1271–94.

65. Costa FGSN. *Modelo Lógico: instrumento de avaliação para a estratégia saúde da família no Distrito Federal*. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública). Universidade de Brasília - Programa de Pós-Graduação em Gestão Públic. 2018. 171f.

66. McLaughlin JA, Jordan GB. *Handbook Of Practical Program Evaluation*. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE (Orgs). *Handbook of practical program evaluation*. 3rd ed. Newcomer, Kathryn 2010.

67. Almeida AMFL, Chaves SCL, Santos CML, Santana SF. Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. *Saúde em Debate* 2017;41:156–66.

68. Lucena J, Saturnino L, Menezes V, Feitosa W, Guarda F. Organization and functioning of the health gym program in the city of Camaragibe-PE. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2017 Jul 5;22(6):584–8.

69. Vitorino SAS, cruz MM, Barros DC. Modeling of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care. *Rev Nutr*. 2017 Feb;30(1):109–26.

70. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília; 2010.

71. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MHN, Medeiros DC. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe):167–79.

72. Cerqueira L. Guia do Diagnóstico Participativo. FALASCO, Brasil. 2015; Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo.pdf>

73. Sousa IV, Brasil CCP, Silva RM, Vasconcelos DP, Vasconcelos Filho JE, Pinto OP, et al. Pesquisa participativa no protagonismo comunitário para abordar questões de saúde: um olhar sobre o diagnóstico participativo. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. 2018. [Acessado 2019 out 14] Disponível em <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1880>.

74. Joerin F, Desthieux G, Beuze SB, Nembrini A. Participatory diagnosis in urban planning: Proposal for a learning process based on geographical information. *J Environ Manage*. 2009 May;90(6):2002–11.

75. Sousa IV, Brasil CCP, Silva RM, Vasconcelos DP, Silva KA, Bezerra IN, et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Cien Saude Colet*. 2017 Dec;22(12):3945–54.

76. Jouini M, Burte J, Biard Y, Benaissa N, Amara H, Sinfort C. A framework for coupling a participatory approach and life cycle assessment for public decision-

making in rural territory management. *Sci Total Environ*. 2019 Mar;655:1017–27.

77. Almeida ACL, Cardoso AJG. Diagnóstico Rápido Participativo e Matriz Swot: Estratégias de Planejamento Estratégico com Base na Atual Posição do Curso de Secretariado Executivo UEPA. *Rev Gestão e Secr*. 2014; 1;05(02):117–37.

78. Ávila LV, Wesendock, CC, Madruga LRRG, Silveira JST, Silva RB. A experiência de um conselho regional de desenvolvimento – COREDE – no estado do Rio Grande do Sul. *Holos*. 2013.

79. Souto KMB, Sena AGN, Pereira VO de M, Santos LM dos. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde em Debate*. 2016;40(spe):49–62.

80. Brasil. IBGE. *Panorama - Mato Grosso do Sul*. 2019. [Acessado 2020 mai 22]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>.

81. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. *Perfil - Mato Grosso do Sul*. 2013. [Acessado 2020 mar 27]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/mato-grosso-do-sul.

82. Pereira SSS. Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS; 2004. 120f.

83. Kodjaoglanian VL, Guirão Junior L, Zanoni DA, Cavalcanti ERAH. A gestão do trabalho e da educação na saúde do Mato Grosso do Sul está em festa. *Rev Saúde de Pública Mato Grosso do Sul*. 2018;1(1):125–30. [Acessado 2020 mar 11]. Disponível em <http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/23/43>.

84. Brasil. Presidência da República. *Lei Complementar Nº 31, de 11 de outubro de 1977*. Cria o Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências. Brasília, out. 1977. [Acessado 2020 Jun 20]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp31.htm.

85. Abreu S. *Planejamento Governamental: A SUDECO no espaço Mato-Grossense: Contexto, propósitos e contradições*. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade de São Paulo - Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. 2001.

86. Missio FJ, Rivas RMR. Aspectos da Formação Econômica de Mato Grosso do Sul. *Estud Econômicos*. São Paulo. 2019 Sep;49(3):601–32.

87. Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Terêna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):323–31.

88. Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):223–7.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico*. Estatística e Informação em Saúde. Brasília; 2019. 131 p. [Acessado 2020 mar 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doenças_cronicas.pdf.
90. Chate SC, Dias RA, Amaku M, Ferreira F, Moraes GM, Costa Neto AA, et al. Situação epidemiológica da brucelose bovina no Estado do Mato Grosso do Sul. *Arq Bras Med Vet e Zootec*. 2009.
91. Ferreira ML, Castilho MA, Oliveira EM. Brasil, Paraguai, Argentina e Chile/Rota Bioceânica: relações culturais no território vivido. *Interações*. 2019 v. 20, n. especial, p. 69-89.
92. Brasil. Sistema E-GESTOR. *Cobertura da Atenção Básica*. 2019. [Acessado 2020 abr 25]. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
93. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à saúde. *Relatórios Públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Estado nutricional em todas as fases de vida e Cobertura de acompanhamento do consumo alimentar no ano de 2018*. [Acessado 2020 mar 14]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
94. Campos AZ. *Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, MS*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS. 2010.