

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALAANE CAROLINE BENEVIDES DE ANDRADE

**DISPONIBILIDADE DE PONTOS DE VENDA DE ALIMENTOS EM UM
TERRITÓRIO COM ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS/SC

2018

ALAANE CAROLINE BENEVIDES DE ANDRADE

**DISPONIBILIDADE DE PONTOS DE VENDA DE ALIMENTOS EM UM
TERRITÓRIO COM ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janaina das Neves

FLORIANÓPOLIS/SC

2018

ALAANE CAROLINE BENEVIDES DE ANDRADE

**DISPONIBILIDADE DE PONTOS DE VENDA DE ALIMENTOS EM UM
TERRITÓRIO COM ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi aprovado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis-SC, 22 de fevereiro de 2018

Prof.^a, Dr.^a Marení Rocha Farias
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Orientadora

Prof.^a, Dr.^a Janaina das Neves,
Universidade Federal de Santa Catarina

1ª Examinadora

Prof.^a, Dr.^a Elizabeth Nappi Corrêa,
Universidade Federal de Santa Catarina

2º Examinador

Me. Mick Lennon Machado,
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

À minha família, pai, mãe e irmãos, minha gratidão em dobro pelo apoio, em especial a minha irmã Zannis, pelo incentivo e por não medir esforços ao meu lado;

À minha orientadora, Prof.^a Janaina, pela paciência, suporte, correções, compartilhamento do saber e pelo incentivo para a conclusão deste trabalho;

À minha preceptora Tatiane por compartilhar comigo grandes experiências durante a residência e pelo apoio constante;

Aos demais preceptores e tutores, agradeço pela contribuição e empenho com a residência;

Aos pacientes e profissionais que não mediram esforços para nos receber e nos ensinar neste processo de formação;

Às colegas residentes Paola B., Juliana, Natália, Raíssa, Bruna, Fernanda, Ellen, Paola M., Tatiana, Érika, minha família de Floripa, sou grata pelos momentos de crescimento, em especial à Bia que tornou uma irmã, parceira que deixou essa passagem mais leve;

Às minhas colegas R2 e R1 da REMULTISF e colegas residentes da UDESC/PMF pelo compartilhamento de experiências e pelo crescimento nesta caminhada;

À Jackson por estar presente diariamente, mesmo com a distância me apoiou na realização deste sonho;

Estendo meus votos de estima e consideração a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

RESUMO

Nos últimos 20 anos, vem ocorrendo mudanças nos padrões alimentares das pessoas que são responsáveis pelo aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis. É possível que essas alterações tenham contribuição dos ambientes aos quais os indivíduos estão inseridos. Este estudo objetiva levantar a disponibilidade de pontos de venda de alimentos em um território de um centro de saúde com áreas de interesse social no município de Florianópolis. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, de natureza quantitativa. Os pontos de venda de alimentos foram identificados em campo e classificados de acordo com o seu tipo e obtenção das respectivas coordenadas geográficas. Os dados foram tratados e georreferenciados, gerando figuras, tabelas, gráficos com número, frequência e densidade absoluta de pontos de venda de alimentos pela população. Notou-se uma distribuição irregular de pontos de venda de alimentos em todo território e concentrações em algumas áreas. Foi encontrada grande quantidade de lanchonetes e um número reduzido de feiras em todas as áreas de abrangência do centro de saúde. Percebemos que os ambientes das áreas de interesse sociais são precários de equipamentos e serviços urbanos fornecedores de uma alimentação adequada e isto pode acarretar em situações de insegurança alimentar destas populações. Entendemos que o número reduzido de feiras e a grande concentração de lanchonetes no território pode diminuir o acesso à uma alimentação adequada e conseqüentemente influenciar na qualidade de vida das pessoas do local. Nota-se que os territórios de abrangência dos centros de saúde também devem ser espaços promotores de saúde e são necessárias políticas públicas que possam melhorar a qualidade dos ambientes alimentares.

Palavras Chaves: Área de Interesse Social; Disponibilidade Alimentar; Ambiente Alimentar; Pontos de Vendas de Alimentos.

ABSTRACT

Over the past 20 years, there have been changes in the eating patterns of people who are responsible for the onset of chronic noncommunicable diseases. It is possible that these changes contribute to the environments to which individuals are inserted. This study aims to raise the availability of points of sale of food in a territory of a health center with areas of social interest in the city of Florianópolis. This is a cross-sectional, exploratory and descriptive study of a quantitative nature. The points of sale of food were identified in the field and classified according to their type and obtaining the respective geographical coordinates. The data were processed and georeferenced, generating figures, tables, graphics with numbers, frequency and absolute density of food outlets by the population. There was an irregular distribution of food outlets throughout the territory and concentrations in some areas. A large number of snack bars and a small number of fairs were found in all areas covered by the health center. We perceive that the environments of areas of social interest are precarious of urban equipment and services that provide adequate food and this can lead to situations of food insecurity in these populations. We believe that the reduced number of fairs and the large concentration of snack bars in the area can reduce access to adequate food and consequently influence the quality of life of the local people. It should be noted that the coverage areas of health centers must also be health promoters and public policies are needed to improve the quality of food environments.

Key Words: Area of Social Interest; Availability Food; Food Environment; Food Sales Points.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Ambientes Nutricionais Comunitários.....	24
Figura 2 - Fluxograma das etapas de elaboração do estudo.....	32
Figura 3 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos (PVA) por grupos e áreas de abrangência das equipes de saúde da família de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para classificação das áreas de interesse social no município de Florianópolis-SC.....	19
Quadro 2 - Classificação dos Pontos de Venda de Alimentos.....	34
Quadro 3 - Agrupamento das classificações dos pontos de venda de alimentos identificados no território.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos por grupos na área de abrangência de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.....37

Tabela 2 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos por grupo distribuídos por área de abrangência das equipes de saúde da família de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.....39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Densidade dos grupos de pontos de venda de alimentos (PVA) pela população das áreas de abrangência das equipes e pela população total de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.....43

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Área de Interesse Social
APS	Atenção Primária em Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CONCLA	Comissão Nacional de Classificação
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PVA	Pontos de Venda de Alimentos
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 TERRITÓRIO, ÁREA DE INTERESSE SOCIAL E SAÚDE	15
2.2 ELEMENTOS NORTEADORES PARA O TRABALHO DE NUTRICIONISTAS NA ATENÇÃO PRIMÀRIA À SAÚDE	21
2.3 AMBIENTE ALIMENTAR	22
2.4 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	27
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5. DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	32
5.1 DESENHO DO ESTUDO	32
5.2 LOCAL DO ESTUDO	33
5.3 BASE PARA LEVANTAMENTO E TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DA POPULAÇÃO	36
6.2 ANÁLISE DO AMBIENTE ALIMENTAR	36
6.3 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO	45
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

1. INTRODUÇÃO

Há alguns anos o mundo vem sofrendo mudanças nos padrões alimentares que são responsáveis pelo aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essas alterações estão relacionadas com o processo de transição nutricional devido ao crescente consumo de alimentos ricos em energia, gorduras, açúcares e alimentos altamente modificados, e isso tem contribuído com a epidemia mundial da obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

No Brasil este comportamento não é diferente, o consumo excessivo dos alimentos com as características nutricionais anteriormente citadas pode ser considerado fator de risco para as DCNT, principalmente para a população mais jovem (CLARO et al., 2015; BIELEMANN et al., 2015; LOUZADA et al., 2015).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sua organização baseada em territórios com demarcação de áreas de abrangência de forma estratégica e operacional para atuar com populações delimitadas nesses territórios (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Nas áreas de abrangência da APS atuam equipes que são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada (território), por meio de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e seus problemas mais frequentes (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Deste modo, conhecer o território é um requisito para caracterização da população, das suas prioridades em saúde e para avaliação das intervenções dos serviços de saúde da população (MONKEN et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde em 2010 publicou o relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde e levantou a importância de se perceber o quanto os locais de moradia influenciam na qualidade de vida dos indivíduos e o papel das comunidades e das vizinhanças em fornecer acesso aos elementos básicos e essenciais para obtenção de uma saúde igualitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

No âmbito da alimentação e nutrição alguns estudos estão sendo desenvolvidos para analisar a influência do ambiente sobre a alimentação dos

indivíduos. Essas análises do ambiente alimentar sobre o comportamento individual são complexas, mas podem fornecer informações importantes sobre as DCNT (MCKINNON et al., 2009).

Dentre os vários aspectos para análise dos ambientes alimentares, a disponibilidade dos Pontos de Vendas de Alimentos (PVA) pode ser considerado um importante indicador do nível de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e saúde da população, principalmente em Áreas de Interesse Social (AIS), onde as desigualdades sociais são mais acentuadas e ações como estas devem ser priorizadas.

A relação do ambiente e a alimentação levanta a necessidade da criação de estratégias, por meio da intersetorialidade para agir sobre todo o processo de produção do alimento até o consumo, visando a sustentabilidade, estimulando a agricultura urbana e disponibilizando o acesso a estabelecimentos de alimentos em locais desprovidos e de maior vulnerabilidade (LOPES et al., 2017). Neste contexto cabe ressaltar que desde o ano de 2006 o Brasil possui um Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN) que estabelece ações intersetoriais; e o setor saúde tem grande participação na gestão deste Sistema (BRASIL, 2006).

O conceito de SAN adotado atualmente assegura o direito ao acesso permanente a alimentos de qualidade e quantidade suficiente sem interferir em outras necessidades essenciais, com respeito à cultura e que permite a sustentabilidade do ambiente, da cultura, da economia e do social (BRASIL, 2006). Cabe destacar que este conceito traz duas dimensões, uma alimentar que considera a produção e disponibilidade dos alimentos; e a outra dimensão nutricional que diz respeito a relação do homem com o alimento (BURITY et al., 2010). A SAN e o DHAA possuem relação direta e estreita, visto que é impossível garantir um em detrimento do outro. Diante dos aspectos levantados sobre a alimentação, o território da ESF e o ambiente alimentar, é perceptível a relevância do profissional nutricionista para promover ações que visem o alcance da SAN e do DHAA.

Deste modo, se destaca a inserção de nutricionista no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (REMULTISF), uma pós-graduação *latu sensu* de ensino em serviço que capacita profissionais para o desempenho de atividades no SUS, fundamentando seu processo de formação na educação no trabalho para o alcance das competências na ESF

(UFSC, 2017). Ainda, o trabalho multiprofissional desenvolvido na REMULTISF no âmbito dos territórios da ESF evidencia a importância das políticas públicas intersetoriais desenvolvidas no SUS, incluindo nestas, as políticas que visam o alcance da SAN e do DHAA de acordo com as demandas dos territórios. Desta maneira, a escolha do tema para este trabalho emerge da vivência da residente nutricionista no curso de REMULTISF, abrangendo suas atividades práticas e teóricas no ano de 2016 e 2017 em um Centro de Saúde (CS) de Florianópolis.

O desenvolvimento deste trabalho se justifica pela baixa quantidade de estudos sobre o ambiente alimentar das cidades, principalmente nas áreas de vulnerabilidade social, e sua influência na escolha alimentar e saúde da população, fundamentais para subsidiar a elaboração de planos, programas e ações dos profissionais de saúde, sobretudo de nutricionistas, que fomentem a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O mesmo tem o intuito de descrever a disponibilidade de PVA em um território com AIS de um CS do Município de Florianópolis, atendidas pela profissional nutricionista residente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TERRITÓRIO, ÁREA DE INTERESSE SOCIAL E SAÚDE

O conceito de Território, normalmente utilizado na geografia, vem sendo empregado no campo da saúde para melhor compreender alguns fenômenos que determinam o processo saúde-doença. Para entender o conceito de território é necessário conhecer alguns significados e interpretações construídas, em diferentes períodos, de distintas correntes de pensamentos que foram elaboradas ao longo do tempo (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Entretanto, há uma diversidade de conceitos de complexa interpretação que não se unificam, contudo se complementam.

É comum a definição do conceito de território estar associada ao território nacional, guerras, delimitação física de um espaço, no entanto, este conceito pode sofrer influências de diversas variáveis (SOUZA, 2014). O território pode ter um caráter fixo ou mutável, ser representado em grande escala (continente, país) ou em pequena escala (bairro, rua) e pode variar na escala temporal (horas, dias, meses, anos) (SOUZA, 2014).

Destaca-se as noções de território sugeridas por Haesbaert (2006), onde a concepção do território traz três dimensões, uma política onde o território é visto como um espaço delimitado e onde se revelam processos de dominação de poder. Outra dimensão cultural constituída pela presença de termos imateriais na produção de identidade, subjetividade e simbolismos. Ainda para Haesbaert (2006), o território também assume um papel econômico como fonte de recursos e relações entre o capital e o trabalho.

Para analisar a relação entre território e saúde Mendes et al. (1993, p. 166) indica duas vertentes abordadas ao território, uma que compreende o território como um espaço físico e geopolítico (visão topográfica-burocrática); e outra que compreende o território-processo como produto de uma transformação social onde ocorrem conflitos constantes dentro de um mesmo contexto político. Bezerra (2015) refere que “o território é o *locus* da representação de condições particulares formadas ao longo do tempo”. E, ao mesmo tempo afirma que as vertentes acima podem ser utilizadas de maneira complementar, visto que, o território como o espaço de delimitação territorial possui limitações para compreender outros aspectos das políticas de saúde (BEZERRA, 2015).

No mesmo sentido Guimarães (2015) menciona que a compreensão do território de maneira dimensional na saúde requer uma apreciação dos poderes inseridos no local, bem como as relações dos diferentes sujeitos com o nível de pertencimento ao local e a relevância dos distintos interesses (políticos, econômicos e culturais).

De acordo com Gondim et al. (2008), o território é importante estrategicamente para a efetivação de ações necessárias para o enfrentamento de problemas que afetam a população e para a consolidação de políticas sociais públicas. A mesma autora indica que:

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos (GONDIM et al., 2008).

Desta forma Gondim et al., 2008 reforça a característica administrativa do território, levando em consideração a singularidade de cada contexto e enfatiza a presença dos possíveis tipos de poderes que dominam o território como mencionado também por (GUIMARÃES, 2015). E que possivelmente podem possuir mecanismos para interferir na organização e nos espaços do mesmo.

Com a necessidade de delimitar áreas para facilitar o desenvolvimento das políticas, programas e ações e resolver problemas de saúde mais urgentes nas áreas delimitadas, o SUS incorporou a noção de território por meio do processo de territorialização (GONDIM et al., 2008). A territorialização estabelece relações verticais e horizontais com outros serviços adjacentes, permitindo a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento o ambiente, a população e a dinâmica social existentes nas áreas delimitadas (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Para Barros et al. (2009) a territorialização consiste na compreensão do território e das relações que ocorrem em uma determinada população e pode entender o quanto essas relações influenciam na qualidade de vida das pessoas. Porém, muitas vezes o conceito é utilizado de uma forma meramente administrativa negligenciando o seu potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção baseadas nas reais necessidades (MONKEN et al., 2008; SANTOS;

RIGOTTO, 2011; BEZERRA, 2015). E mesmo com o entendimento do conceito de territorialização, é observado que diversos elementos da situação de saúde da população são tratados de maneira desarticulada (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de nº2436/2017 relativa à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os conceitos de territorialização e adstrição da população estão diretamente relacionados, dessa maneira as ações setoriais e intersetoriais possuem a característica que permite planejar, programar e desenvolver ações específicas no território, levando em consideração os condicionantes e determinantes da saúde da população adstrita (BRASIL, 2017). Ainda assim, a portaria traz um conceito específico de território e a sua função, considerando-o como:

[...] a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica (AB), de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Sendo assim, se percebe que o conceito de território trazido pela PNAB abrange as duas vertentes do território já propostas por outros autores de tal modo que, utilizar o território e suas potencialidades aliado a estratégia de adstrição da população promove o desenvolvimento das ações previstas nos princípios e diretrizes do SUS que contribuem para a consolidação da APS.

Para Moraes e Canôas (2013) o conceito de território na ESF é compreendido a partir do contexto histórico, das experiências diárias e das lutas políticas, onde existe uma apropriação de valores, construção identitária e disputas sociopolíticas.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município investigado denominadas de Centros de Saúde (CS), os territórios são os locais de atuação das equipes de saúde da família. Em áreas urbanas um território pode abranger um bairro, parte dele ou até vários bairros. Estes territórios são divididos por áreas de abrangência que são atendidas por uma equipe multiprofissional, ainda as áreas são subdivididas em microáreas que correspondem às áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Cabe ressaltar uma recente reformulação na PNAB, a

qual modificou o número da população adscrita por equipe da Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF). Anteriormente uma equipe atendia no máximo 4000 pessoas com um número ideal de 3000 e com a nova reformulação a eSF pode atender o mínimo de 2000 e máximo 3500 pessoas, facultando outras modalidades de adscrição da população de acordo com as especificidades do território (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Para GONDIM et al. (2008) alguns conceitos geográficos são utilizados na área da saúde e, apesar de apresentarem nomenclaturas diversas tem o mesmo sinônimo de território, a exemplo dos distritos sanitários, área, microárea, território-saúde, entre outros. Dessa maneira, se entende que não existe consenso na definição dos conceitos geográficos na área da saúde, apontando-os uma função mais administrativa e técnica de variadas nomenclaturas com diferentes significados. (GONDIM et al., 2008; MORAES; CANÔAS, 2013).

Neste trabalho adotamos as diferentes vertentes dos conceitos de território, a primeira vertente burocrática-política-administrativa para tratar das áreas de abrangência do CS em estudo e a vertente cultural e simbólica para tratar de aspectos não compreendidos na primeira por entender que o território não se limita a uma demarcação física (MENDES et al., 1993; GONDIM et al., 2008; BEZERRA, 2015).

Os conceitos geográficos atrelados à área da saúde permitem uma análise mais minuciosa da situação de saúde de um determinado local. O geoprocessamento processa dados informatizados e referenciados geograficamente por meio de softwares e faz associações de bases cartográficas com banco de dados para gerar informações espaciais (PMF, 2013). Nesse sentido, as técnicas de geoprocessamento permitem realizar um diagnóstico situacional e trocar dados entre os diversos setores, de forma a contribuir com a organização e análise espacial dos dados a respeito do ambiente, sociedade e saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A territorialização e a cartografia são empregadas na saúde para auxiliar a cobertura da APS para a população adotando uma linguagem digital com os dados levantados sobre os condicionantes e determinantes em saúde do território, podendo analisar o impacto dos serviços de saúde sobre a qualidade de vida das pessoas em um espaço delimitado (PMF, 2013).

A SMS do município de Florianópolis realiza nos seus serviços o processo de territorialização desde o ano de 1995 baseado nas diretrizes do SUS, também adota diversos critérios para delimitação dos territórios como as barreiras geográficas

(mar, rios, morros, etc.); as condições socioeconômicas e culturais próximas; o deslocamento e acessibilidade, presença de outros órgãos institucionais, além de levar em consideração os marcadores de saúde e as AIS (PMF, 2013).

As AIS também denominadas de áreas de risco ou carentes estão presentes em uma ou mais microáreas, em parte e/ou toda área de abrangência de um ou mais CS (PMF, 2013). No caso do território deste estudo o CS realiza a cobertura de três AIS. Para classificar as AIS a prefeitura municipal de Florianópolis (PMF) utiliza os critérios apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 - Critérios para classificação das áreas de interesse social no município de Florianópolis-SC.

Critério	Descrição
Baixa Renda familiar	Áreas ocupadas por casas e barracos de famílias de baixa renda. O rendimento da maioria das famílias é de até 3 salários mínimos.
Precariedade Habitacional	Há uma presença significativa nestes aglomerados de casas e barracos em situação precária. Precariedade notória no uso do material construtivo, no tamanho e utilização dos cômodos e/ou pelo adensamento excessivo destes cômodos.
Precariedade da Rede de Infraestrutura	Há uma precariedade no atendimento e na oferta de serviços pela rede de infraestrutura. O acesso e o atendimento destes serviços são de maneira incompleta, insuficiente ou até mesmo ausente nestes aglomerados de baixa renda. Entende-se por rede de infraestrutura: rede de água, rede de drenagem, rede de esgoto e pavimentação.
Precariedade Ambiental e Áreas de Risco	Muitas das casas destes aglomerados de baixa renda estão construídas em locais ambientalmente impróprios como encostas de morros suscetíveis a desmoronamento, áreas de preservação permanente, áreas verdes, nascentes de rios, áreas de mangues e dunas, áreas próximas a rios córregos, canais e praias suscetíveis a alagamentos.
Precariedade na Posse da Terra	São áreas públicas ou privadas adquiridas de maneira irregular e/ou clandestina, tendo sua posse em situação ilegal juridicamente, não apresentam titulação pública da terra, escritura (pública ou de posse), regularização fundiária e/ou demais documentações cartoriais.

(Continua...)

Quadro 1 - Critérios para classificação das áreas de interesse social no município de Florianópolis-SC. (Continuação...)

Critério	Descrição
Precariedade dos Equipamentos e Serviços Urbanos	São áreas desprovidas parcial ou totalmente de serviços e equipamentos públicos, seja pela ausência ou pela grande dificuldade ao acesso. Entende-se por equipamentos e serviços públicos: creches, postos de saúde, segurança pública, ônibus e escolas.

Fonte: PMF (2007).

A partir dos critérios acima, percebe o quanto a população residente em AIS carece de direitos, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de equipamentos que podem fornecer uma alimentação adequada, portanto esta população pode estar mais susceptível ao quadro de insegurança alimentar e nutricional. Entende-se por alimentação adequada o consumo de uma alimentação apropriada, que atenda os aspectos biológicos, sociais e culturais dos indivíduos e que almeje a sustentabilidade do meio ambiente (BRASIL, 2012b).

Outro fator a ser considerado é a presença de um ambiente com vulnerabilidades sociais (violência, tráfico de drogas) nas áreas do estudo, fato geralmente apresentado em AIS. Dentro deste contexto, o município de Florianópolis adotou o programa Acesso mais seguro (AMS) desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e iniciado em comunidades do Rio de Janeiro, cuja finalidade é auxiliar os profissionais dos serviços de saúde, educação e assistência social nas possíveis situações de riscos presentes nos territórios com ambientes vulneráveis à violência e funciona a partir da adoção de critérios específicos do local com avaliação permanente dos riscos (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2016).

Integra o Programa AMS a elaboração de um plano de segurança com as especificidades dos locais com risco de violência armada. Barreto et al. (2013) discorrem sobre a experiência da implantação do plano de segurança em uma clínica de família no Rio de Janeiro, onde anteriormente as medidas eram tomadas de maneira instintiva e individual e após o programa AMS as tomadas de decisões passaram a ser padronizadas e organizadas, a fim de melhorar a postura frente ao estresse causado pelas situações de violência.

O IBGE também utiliza a nomenclatura de Aglomerados Subnormais para classificar as áreas de maior vulnerabilidade, sendo estes o conjunto de 51 ou mais unidades habitacionais caracterizadas por irregularidade na posse e pelo menos uma das demais características: irregularidade das vias de circulação e do tamanho e forma dos lotes e/ou carência de serviços públicos essenciais (como coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública) (IBGE, 2011). Porém nesta pesquisa adotaremos as AIS como conceito parâmetro, pois este conceito é utilizado com mais frequência pelo município de Florianópolis.

Cabe ressaltar que na REMULTISF, o conhecimento do ambiente de prática inicia com a territorialização, processo desenvolvido no primeiro mês de atuação, com a imersão no território com auxílio de ACS concomitante com os estudos teóricos-metodológicos (FREITAS; PEREIRA; BERTONCELLO, 2017). Sendo que os primeiros passos para idealização deste trabalho iniciaram a partir da territorialização realizada na REMULTISF.

2.2 ELEMENTOS NORTEADORES PARA O TRABALHO DE NUTRICIONISTAS NA ATENÇÃO PRIMÀRIA À SAÚDE

A SMS da PMF elaborou a Carteira de Serviços da APS para nortear as atividades dos profissionais e gestores. Neste documento estão dispostas as atividades mínimas específicas de cada profissional do NASF, sendo que dentre as atividades de nutricionistas estão:

Realizar grupos abertos de promoção de alimentação saudável para adultos. Apoiar programas e ações de vigilância e segurança alimentar e nutricional de acordo com a pactuação local. Apoiar atividades coletivas das ESF e realizar ações de educação permanente com estas segundo suas necessidades e demandas, contribuindo com saberes do seu núcleo (PMF, 2014, p. 38)

Nesta mesma direção, o Conselho federal de nutricionistas (CFN) com base nas diretrizes da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) elaborou um documento sobre papel de nutricionistas na AB, onde se destacam algumas ações relacionadas a importância do conhecimento do território como:

Realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população com a identificação de áreas geográficas e segmentos de

maior risco aos agravos nutricionais, grupos em situação de insegurança alimentar e nutricional com base no sistema de vigilância alimentar e nutricional e em inquéritos locais e outras fontes de informação pertinentes, considerando a intersectorialidade e a multicausalidade da situação alimentar e nutricional. Essas informações subsidiam decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população. A partir da identificação de situações de risco, favorecer a inclusão social por meio da ampliação do acesso à informação sobre programas sociais e direitos relacionados à alimentação e ao estabelecimento de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, incentivando a inserção das famílias e indivíduos nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis e a busca de redes de apoio. Auxiliar na identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família. Avaliar, em conjunto com as Equipes Saúde da Família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população. Desenvolver ações de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do curso da vida e em respostas às principais demandas assistenciais quanto aos transtornos e aos distúrbios alimentares, estabelecendo estratégias conjuntas com diferentes setores e atuando nos espaços sociais da comunidade (RECINE et al., 2016 p.30).

Diante do exposto e das ações apresentadas acima juntamente com as atividades específicas propostas na Carteira de serviços do município para nutricionistas; é perceptível a necessidade deste profissional conhecer os territórios de sua atuação para atender as demandas da área da alimentação e nutrição. E, os dados georreferenciados referentes a esta temática podem contribuir para uma avaliação mais complexa dos problemas e resultar em medidas mais assertivas e direcionadas a uma população específica.

2.3 AMBIENTE ALIMENTAR

O Ambiente das cidades, bairros, escolas, trabalho, entre outros, tem sido foco de vários estudos com o objetivo de avaliar sua influência na alimentação das pessoas e a sua relação com o surgimento de doenças. Este ambiente, denominado de ambiente alimentar, é definido por Holsten (2009) como a disponibilidade de alimentos fontes de energia e nutrientes que estão à disposição da população, considerando sua qualidade, e tudo que está diretamente ligado à aquisição e consumo. Com definição similar Swinburn et al. (2013) apresenta o ambiente

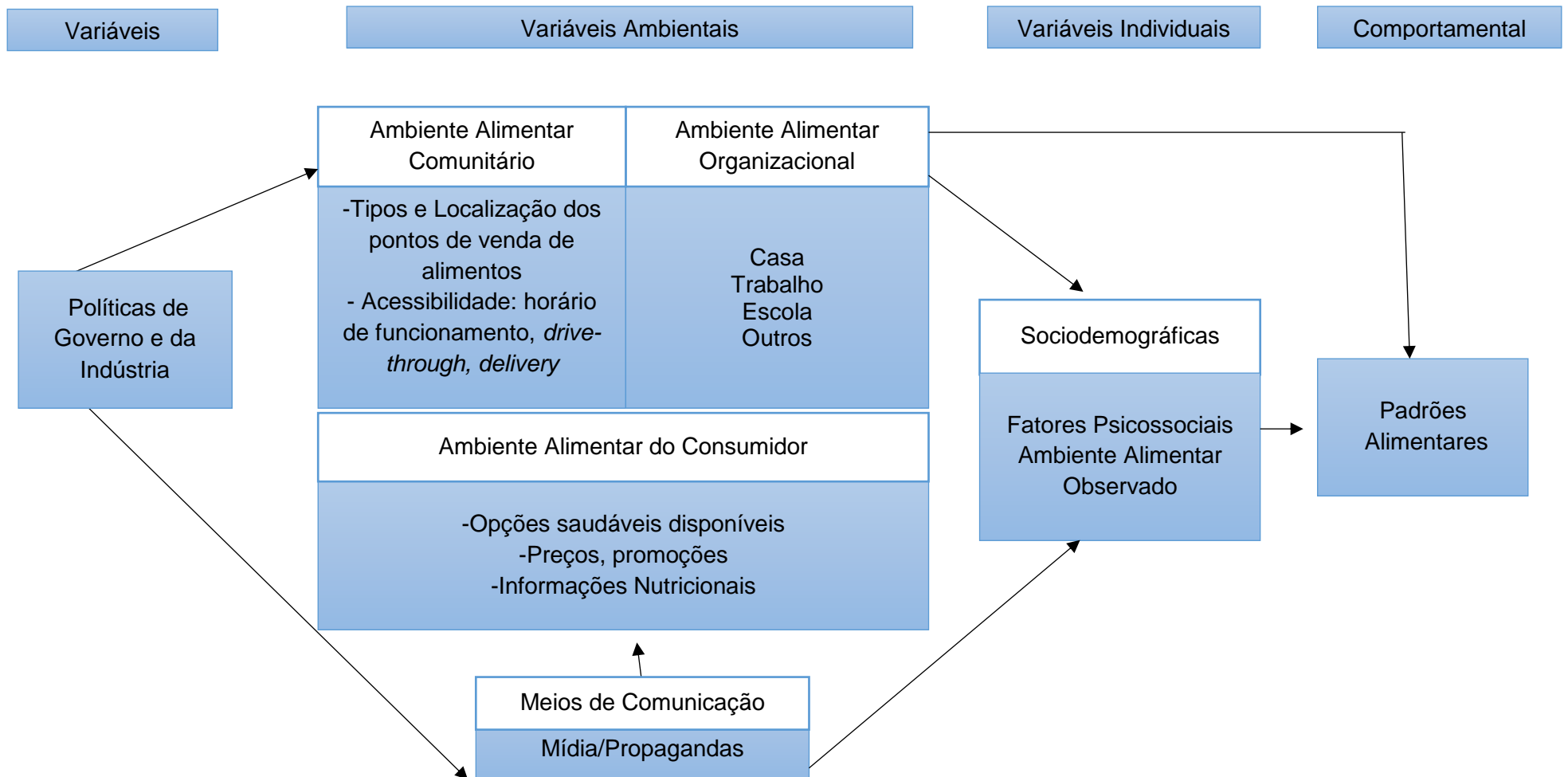
alimentar como o território, onde se reside ou trabalha, e que interfere diretamente nas condições da alimentação da população.

Vários fatores estão relacionados com a formação do ambiente alimentar e com a definição do acesso e consumo de alimentos dos indivíduos num determinado espaço. O contexto social e econômico se comporta dinamicamente e interfere de diferentes maneiras ao longo do tempo nas escolhas alimentares (WIDENER et al., 2011). Ampliando ainda mais os fatores que influenciam na decisão dos alimentos a serem consumidos, além do contexto social e econômico, Swinburn et al. (2013) ainda relaciona o ambiente coletivo físico, o contexto político e o cultural como definidores da escolha dos alimentos e bebidas e, conseqüentemente, na relação do estado nutricional da população.

Para Swinburn et al. (2013) a oferta e a demanda de alimentos num determinado local são influenciadas por comportamentos fisiológicos inerentes ao ser humano e por processos sociais e culturais de construção longa na vida das pessoas. Além de todos os fatores indicados acima, Swinburn et al. (2013) destaca que existem relações entre a indústria de alimentos, os governos e a sociedade, que se articulam para definir as políticas, financiamento científico, que não só interferem nos ambientes alimentares, mas também em outras dimensões.

Dessa forma, Glanz et al. (2005) sugerem um modelo do ambiente alimentar comunitário com suas principais influências, como mostra a Figura 1:

Figura 1 - Modelo de Ambientes Nutricionais Comunitários.



Fonte: proposto por Glanz et al. (2005) e traduzido e adaptado por Pulz (2014).

É importante destacar que o acesso e a disponibilidade de alimentos não são obtidos apenas via PVA, porém visto que estamos inseridos em um país com o sistema político e econômico capitalista, esta via pode ter grande influência na SAN e saúde dos indivíduos.

Desta maneira, Swinburn et al. (2011) destacam que os ambientes alimentares atuais são dominados por produtos alimentares industrializados com grande quantidade de energia e baixa disponibilidade de nutrientes, vastamente disponíveis, com preços relativamente baixos e intensamente promovidos pela publicidade de alimentos. Mais recente o guia alimentar para a população brasileira traz uma nova classificação de grupos de alimentos, onde informa que alimentos ultraprocessados são aqueles produzidos por grandes indústrias em diversas etapas de processamentos e incluem na sua composição excesso de sal, açúcar, óleos e gorduras e diversos aditivos de uso exclusivo da indústria (BRASIL, 2015).

Estudos realizados no Brasil já sinalizaram o aumento da busca e do consumo dos alimentos ultraprocessados, além disso, alertam para a importância do monitoramento do consumo destes alimentos, pois estes podem impactar de maneira negativa a saúde e nutrição dos indivíduos (BIELEMANN et al., 2015; LOUZADA et al., 2015). E ainda, é possível observar que existe uma omissão sobre a informação do impacto do processamento de alimentos e sua relação com a alimentação e a saúde da população, no que diz respeito aos métodos e aos ingredientes utilizados na fabricação de produtos alimentícios que estão surgindo no mercado constantemente (MONTEIRO et al., 2016). Dentro deste contexto, Swinburn et al. (2013) indica a necessidade da construção de um sistema para monitoramento dos ambientes alimentares; sua associação nas dietas da população e as suas consequências, bem como analisar os efeitos das políticas em ambientes alimentares.

Os métodos de avaliação do ambiente podem ser diferenciados no macronível, onde são observadas as variáveis como: quantidade, tipo, localização, proximidade, e densidade de estabelecimentos (GLANZ et al., 2005; CASPI et al., 2012); e no micronível onde se avalia a qualidade, preço, promoções, disponibilidade e variedade dos produtos ofertados e o acesso aos alimentos, onde geralmente, os pesquisadores visitam lojas e realizam auditoria (GLANZ et al., 2005; CASPI et al., 2012).

Vários métodos e instrumentos foram e estão sendo adaptados e testados em diferentes âmbitos para avaliar o ambiente alimentar, principalmente, na literatura

internacional. E, é possível observar o uso crescente da tecnologia de Sistemas de Informação Geográfica (GIS) e de técnicas de avaliação de exposição (CASPI et al., 2012). Embora seja percebido o uso ampliado das medidas de GIS, existe a limitação para avaliar os aspectos não geográficos, como por exemplo, o acesso, aceitabilidade e os padrões socioculturais de cada indivíduo, além disso a maioria dos estudos são realizados com dados secundários (CASPI et al., 2012).

As medidas de densidade e proximidade de estabelecimentos de alimentos obtidas a partir de bancos de dados secundários são, em geral, de baixo custo, todavia não dispõem de uma avaliação consistente do que os consumidores podem comprar em comércio alimentício ou consumir em um restaurante (CASPI et al., 2012; HAN et al., 2012).

Diversos estudos têm gerado resultados divergentes, isso expõe que há uma diversidade de locais e populações sendo estudadas e a existência de variados métodos para medir a qualidade do ambiente alimentar (PARTINGTON et al., 2015). Entretanto, em um estudo desenvolvido por Green e Glanz (2015) refere que embora o método de avaliação do ambiente alimentar por meio de inventários seja trabalhoso e de alto custo, este é considerado o método padrão-ouro para avaliar.

No Brasil ainda existe uma escassez de estudos publicados com a abordagem do ambiente alimentar. Destacamos os estudos realizados por Leite et al. (2017) que investigou a associação entre a disponibilidade e o consumo de alimentos na cidade de Santos/SP, os estudos realizados por Duran et al. (2013, 2015), os quais fazem uma análise do acesso e do consumo aos alimentos saudáveis associados às características socioeconômicas em São Paulo/SP e o estudo realizado por Lopes et al. (2017), que explora o ambiente alimentar de acordo com o acesso a frutas e hortaliças em Belo Horizonte/MG.

Dos estudos disponíveis, alguns analisam o ambiente alimentar por meio das variáveis do micronível, e outros fazem uma associação entre o micronível e o macronível. Ainda, diversas metodologias estão sendo utilizadas no país para compreender os vários ambientes alimentares, porém em muitos deles, os dados utilizados para o georreferenciamento foram baseados em dados secundários. Ressalta-se o desenvolvimento de alguns estudos no município de Florianópolis sobre o ambiente alimentar, os quais avaliaram o ambiente alimentar em torno das escolas (MOTTER, 2014; MOTTER et al., 2015), na Universidade Federal de Santa Catarina (PULZ, 2014) e no município (CORRÊA, 2016; CORRÊA et al., 2017).

Portanto, analisar o ambiente alimentar, além de utilizar diferentes metodologias, também envolve diversos objetivos que justificam a necessidade do desenvolvimento de estudos na área. LYTLE (2009) sinaliza que avaliar o ambiente alimentar não restringe apenas em ver sua relação os fatores de risco para a obesidade, mas também outros fatores que envolvem o câncer e outras doenças e que estão diretamente relacionados com a alimentação e a disponibilidade de alimentos. Porém, apesar de existir uma complexidade para analisar o efeito do ambiente alimentar no comportamento de cada indivíduo, buscar essa informação torna-se importante para definir políticas com foco na alimentação saudável e no controle da obesidade e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MCKINNON et al., 2009).

2.4 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Antes de abordar sobre o contexto atual da alimentação, é necessário mencionar o médico Josué de Castro. Na década de 40 sua obra *Geografia da Fome* contribuiu de maneira singular para a área da alimentação no Brasil e para o mundo. Nesta obra Josué de Castro dividiu o Brasil em cinco diferentes regiões e fez um levantamento das características alimentares e das deficiências nutricionais de cada região (ANDRADE, 1997; VASCONCELOS, 2008). Ainda no mesmo livro, Josué revela de forma desbravadora e corajosa o grande problema da fome no Brasil, sendo consequência de todo o processo político de colonização vivenciado no país (ANDRADE, 1997).

Naquela época para denunciar a problemática da fome, Josué de Castro utilizou os recursos geográficos sem deixar de apontar outros elementos relevantes para a fome, como os aspectos biológicos, higiênico sanitários e médicos (VASCONCELOS, 2008). O mesmo demonstrou que o problema da fome envolvia a ciência e a política, pois embora a fome se expressasse de maneira biológica sua causa era estrutural (BIZZO, 2009).

Josué de Castro ao unir seus conhecimentos biológicos com os geográficos gerou interpretações relevantes para a área da alimentação naquela época e que perpetuaram até a última década. É possível realizar outras interpretações da *Geografia da Fome*, de forma a evidenciar as DCNT em detrimento as carências

nutricionais observando um perfil epidemiológico nutricional brasileiro, que caminha paralelo à questão da problemática da fome que ainda se identifica no Brasil (VASCONCELOS, 2008).

O Brasil percorreu uma longa trajetória para que o direito à saúde fosse garantido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). E ao compreender a alimentação como elemento integrante para obtenção da saúde, não foi diferente a união de esforços para garantir o reconhecimento da alimentação como direito Humano no Brasil por meio da Emenda Constitucional de nº 64 em 2010. Sendo assim, a alimentação adequada passa a ter também o entendimento de direito social. Da mesma forma a alimentação adequada se tornou essencial ao ser humano, devendo ser promovida pelo poder público por meio de políticas e ações com o objetivo de alcançar a Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006).

Para Valente (2003), o DHAA extrapola o simples fato de ter alimento saudável disponível, este direito está interligado ao acesso à alimentação saudável, ao respeito e equidade das populações vulneráveis e a capacidade do ser humano ser digno de nutrir a si e a sua família por meio do seu trabalho. Neste mesmo sentido Alves e Jaime (2014) referem que os direitos humanos possuem uma dependência uns dos outros e o alcance de um direito não pode ser utilizado para negligenciar e enfatiza que a garantia da alimentação adequada é a base para o alcance de um estado de saúde de qualidade no seu conceito ampliado.

Antes do reconhecimento da alimentação como direito alguns avanços ocorreram no país como a criação da Lei Nº 11.346 de 2006, que criou o SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada por meio de conceitos, princípios e diretrizes. Esta lei traz o conceito amplo de SAN posto como:

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

O conceito de SAN dialoga diretamente com o DHAA, este diálogo mostra claramente as dimensões do direito ao acesso, da qualidade, da sustentabilidade, do respeito a cultura, do dever do estado, entre outros. Para este trabalho é importante

destacar a abrangência do conceito de SAN existente sobre a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação adequada para a população em situação de vulnerabilidade social e para a implementação de políticas que envolvam toda cadeia alimentar até o consumo (BRASIL, 2006).

Neste sentido, Freitas e Pena (2007) destacam a insuficiência de políticas públicas nas áreas periféricas das zonas urbanas e em zonas rurais pobres dificultando a garantia do acesso aos direitos sociais. Ainda dentro deste contexto Alves e Jaime (2014) referem a necessidade de compreender toda estrutura ligada a desigualdade social que impede o acesso ao alimento.

Ainda sobre a discussão dos importantes acontecimentos políticos na área da alimentação e nutrição destacou anteriormente a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada em 1999 e atualizada em 2011 (BRASIL, 1999; BRASIL, 2011) que propõe estratégias para o alcance do direito à alimentação e à saúde e mais adiante a publicação do decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010). Este decreto regulamentou a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 e instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) com suas diretrizes para orientar a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Como forma de fortalecer os programas e as políticas na área da alimentação e nutrição e atender as necessidades da população do país levando em consideração suas singularidades foi criado o guia alimentar para a população brasileira, que atualmente está na segunda versão. Este guia traz princípios que orientam a adoção de hábitos alimentares saudáveis desde a produção do alimento até o consumo, sendo um material de grande importância para os profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

3. JUSTIFICATIVA

No Brasil, até hoje existem poucos estudos sobre o ambiente alimentar dos bairros e cidades e sobre a forma como estes ambientes influenciam nas escolhas alimentares e saúde da população. Conhecer estes ambientes é fundamental para elaboração de planos e ações que promovam a saúde e qualidade de vida e colaborem com a prevenção de doenças por meio da alimentação.

Dentre vários outros fatores, a disponibilidade de alimentos é compreendida como um dos aspectos para o alcance da Alimentação Adequada. Espera-se com este trabalho conhecer a disponibilidade de alimentos de um território de adstrição de um centro de saúde com AIS, a fim de contribuir com o processo de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo, de nutricionistas. Visto que no âmbito das suas atribuições de nutricionistas, este é responsável por fomentar e contribuir com o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional, além de subsidiar com a elaboração e efetivação de políticas públicas na área da alimentação e nutrição.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Levantar a disponibilidade de pontos de venda de alimentos no território de um centro de saúde com áreas de interesse social no município de Florianópolis/SC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

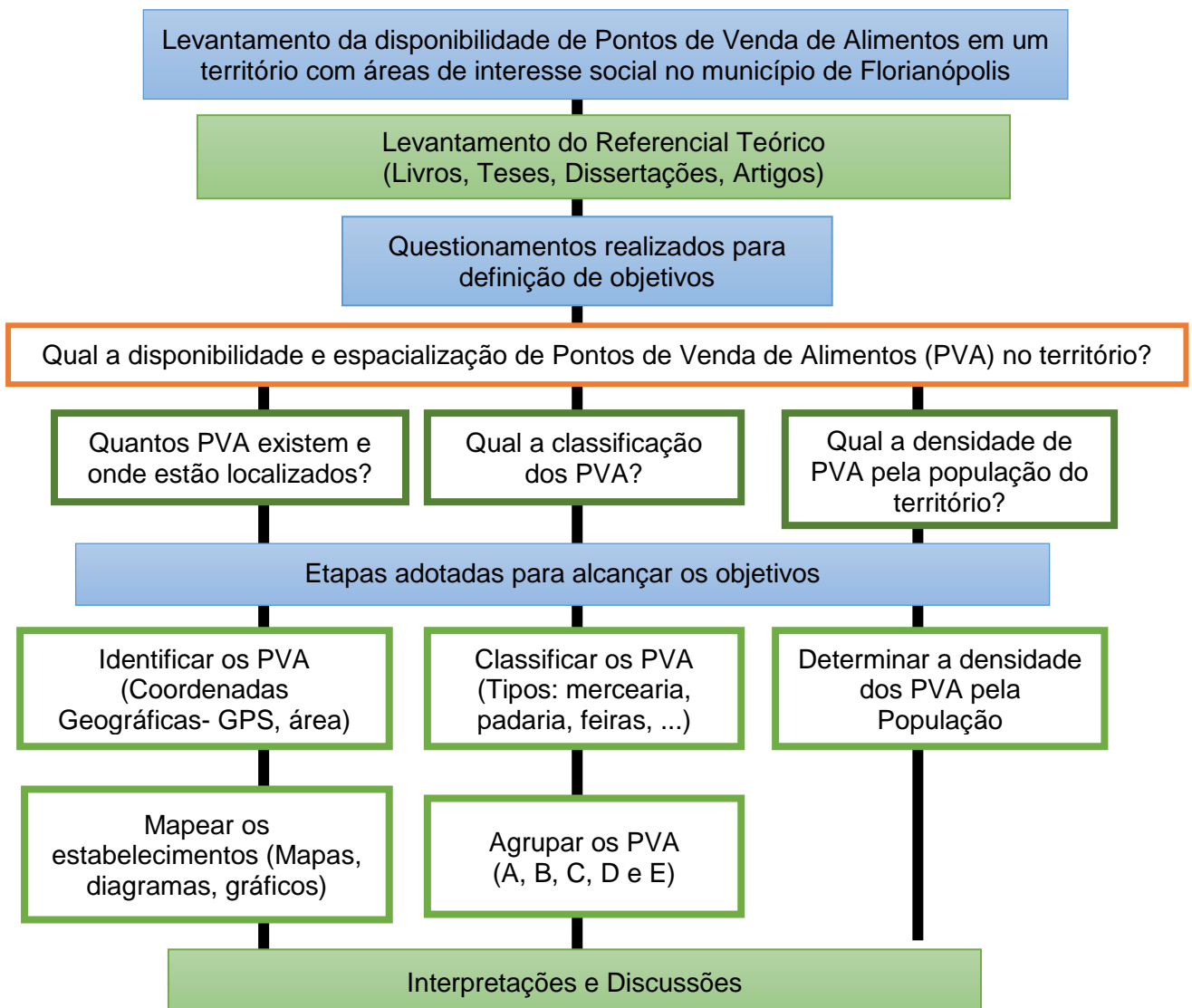
- Identificar e mapear os pontos de venda de alimentos;
- Classificar os pontos de venda de alimentos no território de acordo com os produtos tradicionalmente comercializados;
- Determinar a densidade dos pontos de venda de alimentos pela população do território.

5. DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido no território de um centro de saúde com AIS no município de Florianópolis no estado de Santa Catarina no período de julho e agosto do ano de 2017. As etapas do estudo estão expostas no organograma apresentado na Figura 2:

Figura 2 - Fluxograma das etapas de elaboração do estudo.



Fonte: elaborado pela autora.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na área de abrangência de um Centro de Saúde (CS) no Município de Florianópolis que inclui em seu território AIS. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do território estimada para 2015 era de 6.633 habitantes (IBGE, 2010a; PMF, 2015). Por se tratar de uma região socioeconomicamente vulnerável, foi indispensável a presença dos ACS para a coleta dos dados a cada visita de campo. O território do CS estudado possui três diferentes áreas, as quais foram designadas para o estudo como áreas 1, 2 e 3. Cada área é assistida por uma equipe de saúde da família, desta forma, os dados foram trabalhados nesta perspectiva para melhor compreensão e orientação dos profissionais de saúde.

5.3 BASE PARA LEVANTAMENTO E TRATAMENTO DE INFORMAÇÕES

Por meio de levantamentos de campo com uso do Sistema de Posicionamento Global (GPS) da marca Garmin®, modelo eTREX 20x, os PVA no território foram identificados e posteriormente classificados, utilizando como referência as categorias propostas pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e pelo Manual de coleta de dados secundários para Geoprocessamento de equipamentos e serviços no município de Florianópolis (NEVES et al., 2016; IBGE, 2010b), como exposto no Quadro 2.

A CNAE foi elaborada pela Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), órgão colegiado diretamente subordinado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que tem como competências o monitoramento e definição das normas de utilização e padronização das classificações de estatísticas nacionais com o objetivo de examinar, aprovar e formalizar as classificações de estabelecimentos comerciais, produtos, ocupações e serviços do país (IBGE, 2010b).

O manual foi elaborado para instrumentalizar a coleta de dados secundários para a obtenção de informações referentes aos estabelecimentos de comercialização de alimentos, locais privados de atividade física, lazer e recreação de Florianópolis e para identificar os equipamentos urbanos para assistência social e saúde disponíveis no município.

Quadro 2 - Classificação dos Pontos de Venda de Alimentos.

Supermercados e hipermercados
Supermercado é considerado o local de comercialização de “mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, com área de venda entre 300 e 5.000 metros quadrados e a varejo”. Hipermercado é em um estabelecimento que comercializa itens similares, porém, com área superior a 5.000 m ² .
Mercados, minimercados e mercearias
Compreende as atividades dos estabelecimentos comerciais com e sem autoatendimento e com venda predominante de produtos alimentícios variados em minimercados, mercearias, armazéns, empórios, secos e molhados, com área de venda inferior a 300 metros quadrados.
Açougues
Compreende o comércio varejista de: carnes de bovino, suíno, caprino, ovino e equídeo, frescas, frigorificadas e congeladas; aves abatidas frescas, congeladas ou frigorificadas; pequenos animais abatidos - coelhos, patos, perus, galinhas e similares; o abate de animais associado ao comércio.
Peixarias
Comércio varejista de pescados, crustáceos e moluscos frescos, congelados, conservados ou frigorificados.
Padaria e confeitaria
Compreende a fabricação de pães e roscas, bolos, tortas e outros produtos de padaria com venda predominante de produtos fabricados no próprio estabelecimento (padarias tradicionais).
Lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares
Compreende o serviço de alimentação para consumo no local, com venda ou não de bebidas, em estabelecimentos que não oferecem serviço completo, tais como: lanchonetes, <i>fast-food</i> , pastelarias, casas de chá, casas de suco e similares; sorveterias, com consumo no local, de fabricação própria ou não.
Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas
Compreende as atividades de servir bebidas alcoólicas, com ou sem entretenimento, ao público em geral, com serviço completo
Feiras
Comércio de venda de frutas, legumes e verduras, que também pode ser chamado de quitanda, sacolão, verdureiro ou comércio de hortigranjeiros.
Restaurantes
São espaços que vendem e servem comida preparada, com ou sem bebidas alcoólicas ao público em geral, com serviço completo. Inclui os restaurantes <i>self-service</i> ou de comida por quilo.

Fonte: Elaborado pela autora. Adaptado de IBGE (2010b) e Neves et al. (2016).

Para melhor organização e interpretação dos dados os PVA encontrados no local do estudo foram agrupados em categorias de acordo com o exposto no

Quadro 3. Por ausência de referência e por particularidade do território estudado, optou-se por incluir os bares na categoria B devido estes estabelecimentos manter como característica a comercialização de comidas prontas e petiscos de fácil e rápido modo de preparo. Os bares com venda exclusiva de bebidas e os PVA situados internamente em clínicas, hospitais e escolas foram excluídos do estudo. Todas as informações foram coletadas por meio das informações presentes nas faixadas dos PVA e com a contribuição dos ACS na visita de campo.

Quadro 3 - Agrupamento das classificações dos pontos de venda de alimentos identificados no território.

GRUPOS	PVA
A	Mercados, Minimercados e Mercearias
B	Bares, Lanchonetes e Sorveterias
C	Padarias
D	Restaurantes
E	Feiras

Na sequência, os dados foram trabalhados programa Excel e no software de geoprocessamento *Quantum* Sistema de Informações Geográficas (SIG) ®, onde, por meio do uso da metodologia da classificação proposta e de técnicas de Cartografia e Geoprocessamento foram produzidas as imagens, gráficos e tabelas presentes nas análises.

As informações populacionais utilizadas no estudo, foram disponibilizadas nas plataformas do IBGE e PMF. As medidas de densidade foram calculadas por meio do número absoluto de estabelecimentos pela população por 1000 habitantes, cuja metodologia já foi utilizada por (MOTTER, 2014; CORRÊA, 2016).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DA POPULAÇÃO

O território do Centro de Saúde deste estudo está localizado na região central do município de Florianópolis, composto por três áreas de cobertura da eSF e integra três AIS. Neste território a maioria das moradias são construídas em áreas de risco (encostas de morros), com material precário, sem infraestrutura, com ruas estreitas (becos), de difícil acesso e acessibilidade, além da escassa presença de equipamentos públicos (praças, escolas, transporte, entre outros), tais características compreendem os critérios adotados para as AIS no município (PMF, 2007).

Segundo dados do censo demográfico do IBGE levantados em 2010, a previsão da população residente no território do CS para o ano de 2015 era de 6636 mil habitantes. Nas áreas de abrangência do CS as populações previstas eram de 2212, 2088 e 2336 habitantes correspondentes as áreas 1,2 e 3, respectivamente. Ainda, em sua maioria essa população é caracterizada por uma renda familiar de até três salários mínimos (IBGE, 2010a; PMF, 2007) e vive num contexto afetado por diversos tipos de violência.

Sobre esta precariedade apresentada em algumas áreas de Florianópolis Maria Inês Sugai discorre que esta é uma característica de centros urbanos capitalistas que exibem o fenômeno denominado de segregação socioespacial, onde as cidades são divididas em áreas extremas: algumas áreas habitadas pela classe dominante com valorização da terra, providas de investimentos públicos, com acesso a equipamentos e serviços, ou seja, áreas propositalmente dotadas de privilégios e a existência de outras áreas com concentração da população de baixa renda, ocupando espaços informais e de risco na periferia ou em espaços centrais (SUGAI, 2015). Esta descrição acima a respeito das áreas pobres pode ser considerada um retrato do território deste estudo.

6.2 ANÁLISE DO AMBIENTE ALIMENTAR

Neste estudo foram levantados um total de 48 PVA, distribuídos nas três áreas do território do CS. Na coleta de dados os PVA foram classificados de acordo

com os tipos elencados anteriormente no **Quadro 2**. A classificação, número e a frequência dos PVA obtidos em campo estão distribuídos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos por grupos na área de abrangência de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.

Grupos dos PVA		Número (n)	Frequência (%)
A	Minimercados e Mercearias	14	29,2
B	Bares, lanchonetes e sorveterias	21	43,8
C	Padarias	2	4,2
D	Restaurantes	8	16,7
E	Feiras Livres	3	6,3
Total		48	100,0

Fonte: elaborada pela autora.

No grupo A foram levantados um total de 14 PVA, sendo classificados em 13 (92,9%) mercearias e 1 (7,1%) minimercado. No grupo B foram identificados e classificados 7 (33,3%) bares, 13 (61,9%) lanchonetes e 1 (4,8%) sorveteria, totalizando 21 PVA. Foram identificadas 2 padarias no grupo C. Um total de 8 restaurantes foram identificados e classificados no grupo D e 3 feiras livres foram identificadas no grupo E. Não foram encontrados açougues, peixarias, supermercados e hipermercados no território do estudo.

Há uma quantidade expressiva de PVA pertencentes ao grupo A (mercearias e minimercados) em todo território, estes PVA geralmente são característicos de bairros, comumente são encontrados alimentos básicos ditos *in natura* ou minimamente processados como arroz, feijão, ovos, mas também são encontrados alimentos não saudáveis como alimentos ultraprocessados como

produtos enlatados, macarrão instantâneo e alguns possuem frutas, legumes e verduras. De um lado é favorável a presença destes estabelecimentos no local, visto que estão próximos às residências, pois como o território está situado em área de morro o acesso a outros estabelecimentos distantes somente é possível com deslocamento em transportes público ou particulares. Por outro lado, é provável que exista a ausência ou pouca disponibilidade de frutas, legumes e verduras nesses PVA, entretanto a população do local pode ficar limitada ao que neles estiver disponível.

Percebe-se ainda que no território em questão a maioria dos PVA identificados são do grupo B (bares, lanchonetes e sorveterias). Geralmente esses tipos de PVA comercializam alimentos de baixo valor nutricional, ricos em gorduras, sódio e açúcar, ou seja, alimentos ultraprocessados, além do mais, é comum a utilização da fritura como modo de preparo dos petiscos. Dessa forma, podemos sugerir que a presença destes PVA no território pode expor a população ao consumo de alimentos de menor qualidade nutricional associado ao consumo de bebidas alcoólicas que pode ser investigado no futuro em outros estudos.

Neste sentido, em um estudo realizado no Brasil com municípios em uma região do estado de Goiás para analisar a disponibilidade dos alimentos prontos comercializados, foi encontrada uma maior quantidade de PVA do tipo lanchonete e o método de cocção frito era o mais utilizado nas preparações (VIER, 2017). Este achado pode sustentar a hipótese levantada acima sobre a exposição da população aos PVA do grupo B no território deste trabalho.

Nota-se baixa quantidade de padarias e restaurantes na área adscrita do centro de saúde, nestes locais há comercialização de alimentos mistos, ou seja, alimentos saudáveis e não saudáveis. Portanto, podemos supor que a população está exposta, ou não, ao consumo considerando a presença destes PVA no território.

Os resultados mostraram uma baixa presença de feiras e ainda como particularidade do local, estas estão disponíveis apenas uma vez na semana. Como nas feiras geralmente são encontradas maior disponibilidade de alimentos *in natura* como frutas, legumes e verduras, portanto a população deste território que não consegue se deslocar a outros PVA para aquisição destes alimentos podem ficar sem acesso aos mesmos. O estudo realizado por Pessoa (2013) encontrou associação positiva entre a quantidade de estabelecimentos que vendiam frutas, legumes e verduras e o consumo destes alimentos. Porém, em outro estudo realizado por Leite et al. (2017), não foi encontrada associação entre o consumo e a disponibilidade de

locais que comercializam alimentos *in natura* e/ou minimamente processados. No caso do presente estudo seria necessário averiguar esta associação com estudos mais detalhados no futuro.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos grupos de PVA por área de abrangência das equipes de saúde da família. Na área 1 um total de 14 PVA foram identificados e classificados, destes 6 (42,9%) pertencem ao grupo A, seguidos de 4 (28,6%) pertencentes ao grupo B, 1 (7,1%) e 3 (21,4%) pertencentes aos grupos C e D, respectivamente e nenhum PVA incluso no grupo E. Na área 2 dos 11 PVA identificados e classificados, 7 (63,6%) pertencem ao grupo B, seguidos de 2 (18,2%), 1 (9,1%), 1 (9,1%) identificados e classificados nos grupos A, D e E, respectivamente e nenhum PVA encontrado no grupo C. Na área 3, do total de 23 PVA, 10 (43,5%) foram identificados e classificados no grupo B, 6 (26,1%) classificados no grupo A, no grupos C foi encontrado 1 (4,35%) PVA, no grupo D identificados 4 (17,4%) e 2 (8,7%) PVA pertencentes ao grupo E.

Tabela 2 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos (PVA) por grupo distribuídos por área de abrangência das equipes de saúde da família de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.

Grupos dos PVA	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3	
	Número (n)	Frequência (%)	Número (n)	Frequência (%)	Número (n)	Frequência (%)
A	6	42,9	2	18,2	6	26,1
B	4	28,6	7	63,6	10	43,5
C	1	7,1	0	0,0	1	4,35
D	3	21,4	1	9,1	4	17,4
E	0	0,0	1	9,1	2	8,7
Total	14	100,0	11	100,0	23	100

A=Minimercados e Mercearia, **B**=Bares, Lanchonetes e sorveterias, **C**=Padarias, **D**= Restaurantes e **E**= Feiras Livres

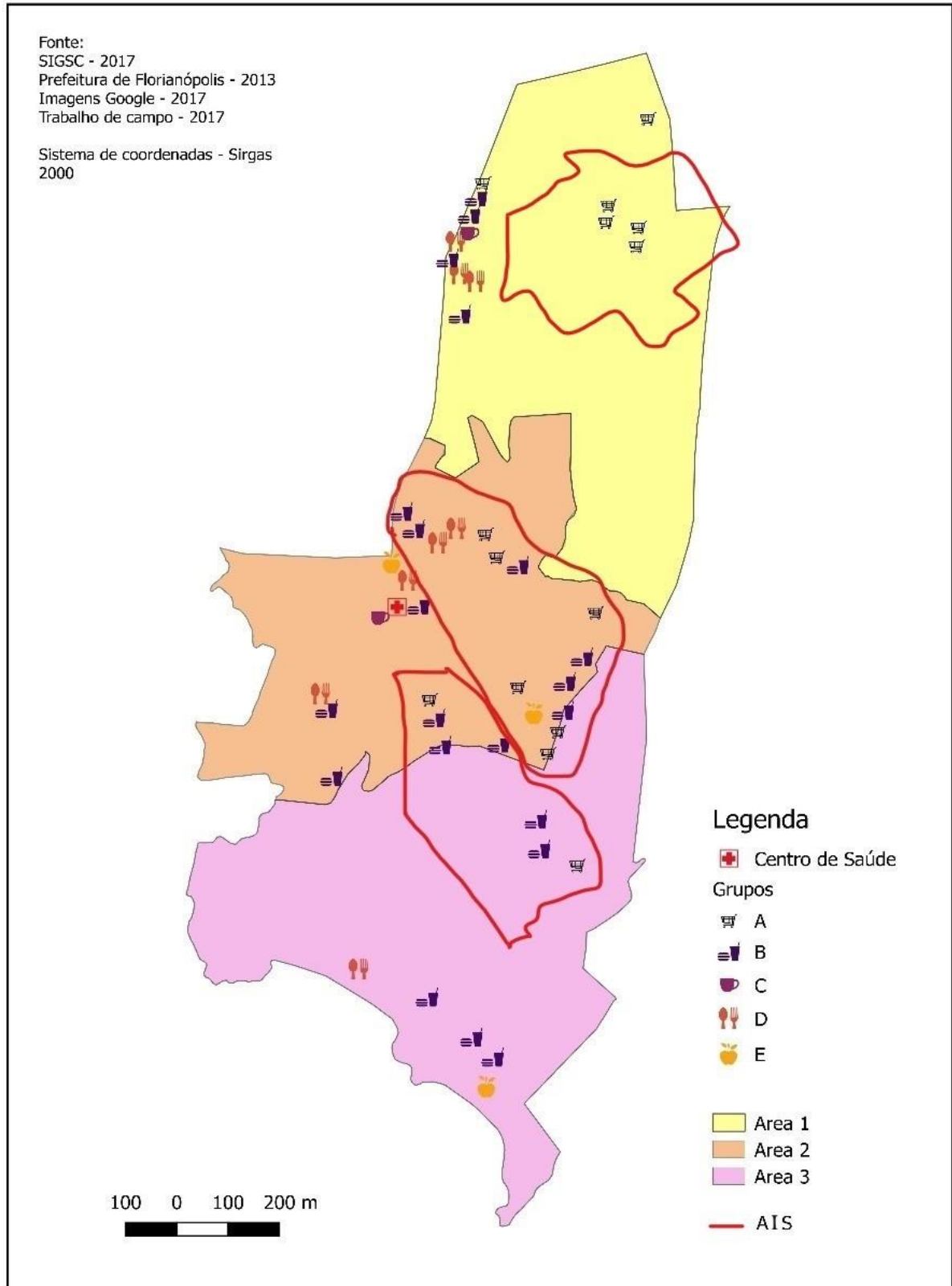
Fonte: elaborada pela autora.

Com base nestes achados, é perceptível a presença nas áreas 2 e 3 de uma frequência maior de PVA dos grupos A e B e menor frequência de PVA do grupo E. Este mesmo comportamento se repete na área 1, porém com ausência total de feiras na área. Desta maneira, considerando o que já foi levantado neste estudo sobre os possíveis tipos de alimentos disponíveis nestes estabelecimentos, podemos sugerir que as populações de todas as áreas de abrangência do CS podem estar vulneráveis a um maior consumo de alimentos ultraprocessados e menor consumo de frutas, legumes e verduras e, conseqüentemente, segundo Bielemann et al. (2015) e Louzada et al. (2015) esse comportamento pode acarretar em maiores riscos para a saúde.

De acordo com o cenário do ambiente de PVA encontrado neste estudo existe uma grande probabilidade de a população do território em questão consumir o que está disponível nas suas áreas de abrangência. Deste modo, este resultado contrapõe as recomendações expostas no guia alimentar para a população brasileira onde encoraja os indivíduos a realizarem suas compras em locais com disponibilidade de alimentos *in natura* e minimamente processados como feiras livres, feiras de produtores, “sacolões” e desencoraja realização de compras em locais com presença elevada ou exclusiva de alimentos processados e ultraprocessados como lanchonetes, *fast food* (BRASIL, 2015).

Para melhor facilitar a visualização dos PVA e a interpretação dos resultados deste estudo, a Figura 3 foi elaborada com a distribuição espacializada dos grupos de PVA por áreas de abrangência das equipes de saúde da família.

Figura 3 - Distribuição dos pontos de venda de alimentos (PVA) por grupos e áreas de abrangência das equipes de saúde da família de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.



A=Minimercados e mercearia, **B**=Bares, Lanchonetes e sorveterias, **C**=Padarias, **E**=Restaurantes, **E**= Feiras Livres e **AIS**= Áreas de Interesse Social

No geral podemos visualizar uma distribuição irregular de PVA em todo território. É notável também uma maior concentração dos PVA em determinadas áreas, assim como uma elevada concentração nos limites das áreas de abrangência das equipes. A concentração de muitos PVA em algumas áreas pode ser justificada pela presença das principais vias de acesso no território, principalmente nas vias que existem a possibilidade de acesso de veículos e transporte público ou locais onde pode haver circulação mais frequente de moradores.

É possível também que a concentração dos PVA se justifique devido a diferença de altitude em áreas de morro, ou seja, os PVA podem apresentar uma tendência de concentração nas bases dos morros ou em avenidas importantes, dificultando o acesso a alimentos mais saudáveis em altitudes maiores. Por outro lado, também se verifica vazios dos PVA em outras áreas, esta situação pode ser explicada pelo fato do território do estudo possuir áreas pouco habitadas, com presença de vegetação ou ser de difícil acesso.

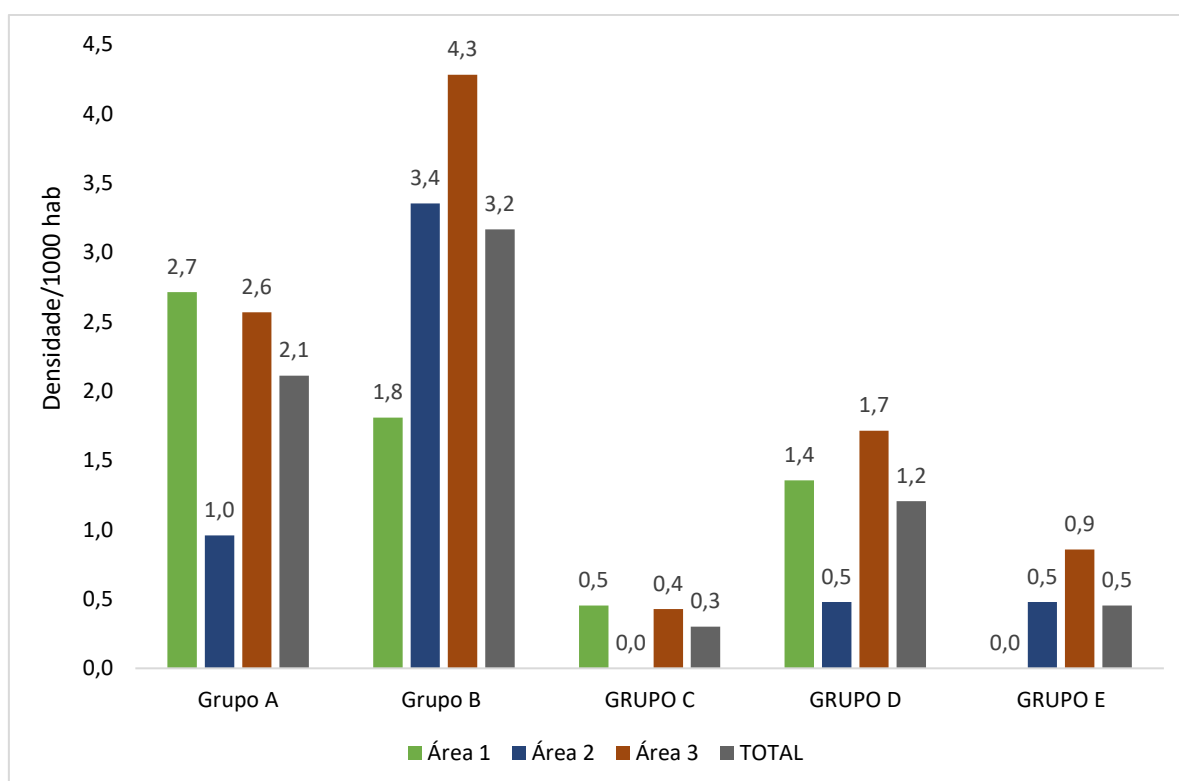
Verifica-se a partir da imagem georreferenciada a presença de maior quantidade de PVA do grupo B, principalmente na área 2. Dessa forma, como já citado por Holsten (2009) e Swinburn et al. (2013) quanto a possível influência do ambiente nas escolhas e nos hábitos alimentares das pessoas, portanto a presença deste tipo de PVA pode influenciar no consumo das pessoas que residem próximo a estes estabelecimentos.

Este estudo foi realizado numa área pré determinada, e não há como negar as trocas e fluxos existentes com outros territórios, ou seja, os limites de um território não são barreiras, as pessoas podem se locomover e criar comunicações com territórios externos. Interpretando melhor essa questão significa dizer que os alimentos consumidos pela população deste território não necessariamente são adquiridos dentro dos limites do mesmo, pois as pessoas podem realizar suas compras em outros territórios próximos de acordo com suas rotinas, escolhas e modo de locomoção. É nessa perspectiva que Monken e Barcellos (2007) referem que os indivíduos, as notícias e os objetos se locomovem intensamente e com muita agilidade, por isso existe a necessidade de reconhecer que os territórios estão ligados em rede.

O Gráfico 1 apresenta as medidas de densidade calculadas a partir do número absoluto dos grupos de PVAs de cada área por suas correspondentes populações e pela população total do território baseadas em 1000 habitantes. No

grupo A, a área 1 apresentou maior densidade (2,7), a área 3 apresentou (2,6) e a área 2 apresentou densidade (1,0). No grupo B, a área 3 apresentou maior densidade de PVA (4,3), seguida da área 2 que apresentou (3,4) e área 1 apresentou (1,8). No grupo C as áreas 1 e 3 apresentaram densidades (0,5) e (0,4), respectivamente e na área 2 a densidade apresentada foi nula. No grupo D a área 3 apresentou a densidade (1,7) e as áreas 1 e 2 apresentaram as densidades (1,4) e (0,5). No grupo E a área 3 apresentou maior densidade (0,9), seguida da área 2 que apresentou a densidade (0,5) e a área 1 não apresentou medida de densidade. Já de acordo com as medidas de densidade encontradas baseadas no total de habitantes do território, o grupo B apresentou maior densidade (3,2), seguido dos grupos A (2,1), D (1,2), E (0,5) e C (0,3).

Gráfico 1 - Densidade dos grupos de pontos de venda de alimentos (PVA) pela população das áreas de abrangência das equipes e pela população total de um centro de saúde em um território com áreas de interesse social em Florianópolis-SC em julho e agosto, 2017.



A=Minimercados e mercearias, **B**=Bares, lanchonetes e sorveterias, **C**=Padarias, **E**= Restaurantes e Feiras Livres

Nota 1: densidade absoluta calculada com base em 1000 habitantes.

Fonte: elaborado pela autora.

Comparando as densidades correspondentes as populações absolutas das áreas, se percebe que a população da área 2 possui menos acesso aos PVA do grupo A. As populações das áreas 2 e 3 parecem estar mais expostas aos PVA do grupo B.

Entre os grupos C e D, possuem baixas densidades de estabelecimentos, como já citado anteriormente, nota-se uma exposição variável, visto que geralmente nestes estabelecimentos existe a venda de alimentos mistos, ou seja, alimentos mais saudáveis e menos saudáveis.

No grupo E, que é considerado um grupo com PVA de melhor qualidade nutricional dos alimentos disponíveis, a população da área 1 pode estar mais susceptível a não ter acesso a alimentos saudáveis, pois não foi localizado nenhum PVA nesta área. Neste sentido, Lopes et al. (2017) encontraram no estudo realizado em Belo Horizonte uma distribuição reduzida de feiras livres e sacolões municipais em regiões da periferia. Contudo, como o território deste estudo possui AIS é possível que este cenário se repita nas suas áreas de abrangência.

Os resultados demonstram que a população geral do território possui alta densidade de estabelecimentos do grupo B comparado a densidade de PVA do grupo E. Deste modo, como já citado neste estudo este fato pode contribuir com o consumo de alimentos considerados menos saudáveis. Entretanto, para a promoção de uma alimentação mais saudável seria ideal uma inversão dos dados encontrados neste estudo, ou seja, uma maior presença de feiras em detrimento a uma menor presença de bares, lanchonetes e afins.

Neste estudo não foi possível realizar uma comparação com outras áreas com a população de poder aquisitivo maior, no entanto, Corrêa et al. (2017) encontraram em Florianópolis menor densidade de fornecedores saudáveis nas áreas de maior vulnerabilidade denunciando as desigualdades sociais presentes no município, deste modo é possível que a área estudada mantenha o mesmo padrão de comportamento do município. Esse mesmo dado foi encontrado por Leite (2017) no seu estudo realizado em Juiz de Fora.

A partir das análises, podemos sugerir baseado nas características apresentadas no território do estudo, ou seja, em um território com AIS, que as pessoas residentes no local possuem um risco maior para situação de insegurança alimentar justificado por vários fatores como ausência de equipamentos e serviços, vulnerabilidade social e econômica, precariedade nas suas habitações, dentre outros. De acordo com Corrêa et al. (2017) a diferença na densidade de fornecedores de

alimentos pela distribuição de renda nos territórios pode refletir o padrão de consumo da população e, conseqüentemente, influenciar na prevalência de excesso de peso nos residentes das regiões (CORRÊA et al., 2017).

Nos serviços de saúde é recorrente a culpabilização dos indivíduos e suas famílias pela situação de saúde dos sujeitos, desconsiderando a parcela de responsabilidade do estado e do setor privado sobre o coletivo. Entretanto, é verificado que os ambientes aos quais os sujeitos estão inseridos podem influenciar diretamente nos seus estilos de vida (GLANZ et al., 2005; HOLSTEN, 2009; SWINBURN et al., 2013), portanto no território do CS em estudo é provável que a situação de vulnerabilidade da população tenha forte influência sobre as escolhas alimentares dos sujeitos.

É fato que as ações coletivas direcionadas ao ambiente alimentar podem cumprir um papel importante, como já mencionado por Glanz et al. (2005) e Swinburn et al. (2013) sobre a influência do governo, da indústria, dos meios de comunicação nos ambientes alimentares e em outras dimensões da sociedade. Mas também devemos atentar ao papel dos profissionais de saúde na percepção dos ambientes alimentares construídos nos territórios de atuação da ESF, para que possam garantir um atendimento de qualidade, direcionado às questões que interferem na saúde da população, sobretudo na prática dos profissionais nutricionistas, os quais atuam diretamente com ações e alimentação e nutrição propostas nos diversos programas e políticas na saúde pública por meio do NASF, portanto é viável questionar se o número desses profissionais é suficiente para atender as demandas individuais e coletivas dos seus vários e “diversos” territórios de atuação.

6.3 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO

Na fase de levantamento dos estudos, foram encontradas diferentes nomenclaturas para os estabelecimentos que comercializam alimentos descritos como pontos de vendas de alimentos, estabelecimentos comerciais de alimentos, estabelecimentos de venda de alimentos, comércio alimentar, o que dificultou a busca pelo teórico referencial teórico, entretanto, optou-se por utilizar pontos de venda de alimentos (PVA) neste trabalho visto que já existem alguns estudos publicados com esta terminologia no município de Florianópolis (PULZ, 2014; MOTTER, 2014; MOTTER et al., 2015; CORRÊA, 2016; CORRÊA et al., 2017). Dessa forma, manter

essa nomenclatura pode facilitar o levantamento e discussão de dados sobre ambiente alimentar no município.

Ainda como limite neste trabalho, a coleta de dados necessitou ser realizada em um período superior ao planejado, pois como já mencionado o estudo foi desenvolvido em um território que abrange AIS, portanto possui maior vulnerabilidade socioeconômica e fatores ambientais que se modificam constantemente e dificultaram o desenvolver do estudo. Ainda no território há procedimentos que visam a segurança dos profissionais que trabalham no local por meio do programa acesso mais seguro (AMS) e a saída a campo dependia da disponibilidade dos ACS relacionada à organização do processo de trabalho.

Outra limitação a ser considerada, se dá pela instabilidade/sazonalidade dos PVA, ou seja, o estudo fez um recorte dos PVA em determinado período, porém a população pode estar exposta a presença ou ausência de outros PVA a depender do período do ano, entretanto com os dados obtidos este estudo proporcionou o levantamento de algumas hipóteses. Este fato já foi questionado por outro estudo realizado no município, que sinalizou também sobre a instabilidade (rotatividade) e sazonalidade dos PVA nas regiões turísticas da cidade e o não mapeamento da comercialização ambulante de alimentos (CORRÊA et al., 2017).

Os dados levantados referiram à localização, tipo do PVA e densidade dos PVA, ou seja, foi realizada a coleta de dados para análise do ambiente alimentar no macronível. Entende-se como limitação do estudo a não exploração do micronível, pois embora a avaliação do macronível seja menos custosa, esta não avalia os aspectos de acesso, aceitabilidade e os padrões socioculturais e a associação das duas análises daria uma maior confiabilidade nos resultados (CASPI et al., 2012; HAN et al., 2012; GREEN; GLANZ, 2015). Porém, os dados levantados no estudo promoveram relevantes análises.

A abordagem apenas do macronível do ambiente alimentar também gerou a limitação de não ser possível identificar quais tipos de alimentos eram comercializados em cada PVA, porém na vivência no território durante a REMULTISF foi percebido que os estabelecimentos do local têm a característica de comercializar “de tudo um pouco”, ou seja, existe a comercialização de produtos que fogem à regra do que normalmente é comercializado conforme o tipo de PVA, por exemplo comercialização de produtos de padarias e hortifruti em minimercearias e mercados.

Neste caso, seria interessante um estudo mais minucioso para caracterizar os PVA do local.

Sobre os dados populacionais, o último recenseamento demográfico da população do município ocorreu no ano de 2010 com estimativa para o ano de 2015 (IBGE, 2010a; PMF, 2015). Contudo, é perceptível um crescimento populacional da capital do estado nos últimos anos, principalmente devido aos processos migratórios da população residente no local do estudo, portanto estes dados utilizados na pesquisa podem apresentar uma subestimação.

Nem todas as microáreas de abrangência do CS possuíam ACS devido ao número reduzido deste profissional pelos motivos de não contratação pelo município, processos de aposentadoria e afastamentos por doenças, no entanto, houve a colaboração dos ACS disponíveis para exploração de todo território, até mesmo nas áreas sem cobertura, o que pode ter ocasionado a não identificação de algum PVA diante desta problemática.

Entretanto, como diferencial desta pesquisa foram coletados dados primários *“in loco”*, visto que a maioria dos trabalhos com georreferenciamento os dados foram obtidos de fontes secundárias. Desta maneira este estudo favoreceu o levantamento dos PVA ativos no período, principalmente aqueles que não dispõem de registro nos órgãos de regulamentação do município e funcionam de maneira irregular, tal fato já foi mencionado por Corrêa et al., (2017), principalmente nas áreas mais pobres da cidade.

Como já citado anteriormente, para obtenção dos dados sobre os PVA foi necessário a exploração das áreas de abrangência do território *“in loco”* e o processo de territorialização realizado previamente na REMULTISF, onde se enfatizou estudos e discussões sobre a territorialização com os profissionais em formação para atuar no SUS, discutindo as potencialidades e fragilidades deste processo destacou-se como algo positivo para o desenvolvimento deste trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo levantou um banco de dados relevante que ainda pode proporcionar inúmeras discussões a respeito do ambiente alimentar que não foram contempladas neste trabalho. Nota-se importante o desenvolvimento de mais estudos para caracterizar o ambiente alimentar dos territórios, principalmente das AIS, cuja população está mais vulnerável socioeconomicamente.

Foi possível confirmar a importância do conhecimento do território para a atuação dos profissionais APS, principalmente de nutricionistas, visto que a presença deste profissional pode viabilizar ações individuais e coletivas de promoção da saúde que visem a SAN e do DHAA dos sujeitos e seus familiares.

Os PVA georreferenciados proporcionaram interpretações singulares, contudo, na área da alimentação e nutrição ainda são necessários mais dados utilizando o geoprocessamento, pois pode ser uma importante ferramenta de ação para os profissionais e gestores nos serviços de saúde.

Percebemos que os ambientes das AIS são precários de equipamentos e serviços urbanos fornecedores de uma alimentação adequada e isto pode acarretar em situações de insegurança alimentar destas populações.

Entende que o número reduzido de feiras e a grande concentração de lanchonetes no território pode diminuir o acesso à uma alimentação adequada e conseqüentemente influenciar na qualidade de vida das pessoas do local.

Nota-se que os territórios de abrangência dos centros de saúde também devem ser espaços promotores de saúde e são necessárias políticas públicas direcionadas às áreas de abrangências das eSF que possam melhorar a qualidade dos ambientes alimentares.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE, M. C. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. **Estudos avançados**. v.11, n.29, p. 169-194, 1997.

BARRETO, S.S. et al. A experiência do acesso seguro à saúde na CF Herbert de Souza. In: CONGRESSO BRASILEIRO MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, Belém, 2013. **Anais eletrônico...**, Belém, 2013. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1000>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.

BARROS, M. S. C. et al. A vida no território e as redes sociais e intersetoriais - estratégias de garantia do direito humano à alimentação adequada. **Rev. Simbio-Logias**, v. 2, n.1, p. 47–67, 2009.

BEZERRA, A. C. V. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. **Revista de geografia (UFPE)**, v. 32, n. 3, p. 222–244, 2015.

BIELEMANN, R. M. et al. Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 28, p. 1-10, 2015.

BIZZO, G. Ação política e pensamento social em Josué de Castro. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. **Cienc. Hum.**, Belém, v. 4, n. 3, p. 401-420, set.- dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v4n3/v4n3a04.pdf>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

_____. Lei nº 11346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008.

_____. Decreto nº 7272, de 27 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de

Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, seção, 1 p. 6, 26 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. Ed., 1. Reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. 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). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BURITY, V. et al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204p. Disponível em: <http://www.actuar-cd.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.

CASPI, C. et al. The local food environment and diet: A systematic review. **Health & Place**, v. 18, n. 5, p. 1172–1187, 2012.

CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 257–265, 2015.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. **Programa Acesso Mais Seguro**. 2016. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

CORRÊA, E. N. **Associação entre aspectos do ambiente construído e obrepeso/obesidade: estudo transversal com escolares de 7 a 14 anos do município de Florianópolis/SC**. 2016. 230 p. Tese (Doutorado em nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167779>>. Acesso em: 06 de novembro de 2017.

CORREA, E. N. et al. Geographic and socioeconomic distribution of food vendors: a case study of a municipality in the Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1–14, 2017.

DURAN, A.C. et al. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. **Health Place**: v. 23, p. 39–47, 2013.

DURAN, A.C. et al. The role of the local retail food environment in fruit, vegetable and sugar-sweetened beverage consumption in Brazil. **Public Health Nutrition**: v. 19, n. 6, p. 1093–1102, 2015.

FREITAS, M. DO C. S.; PENA, P. G. L. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 1, p. 69–81, 2007.

FREITAS, B. C.; PEREIRA, R. O.; BERTONCELLO, P. **DESAFIOS DO SUS E A REMULTISF**: um panorama a partir da vivência da territorialização. Florianópolis: Ufsc, 2017. 9 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180142>>. Acesso em: 13 out. 2017.

GLANZ, K. et al. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. **American Journal Health Promot**: v.19, n.5, p. 330–333, 2005.

GREEN, S. H.; GLANZ, K. Development of the Perceived Nutrition Environment Measures Survey. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 49, n. 1, p. 50–61, 2015.

GONDIM, G. M. de M. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A. C. et al. (org); Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GUIMARÃES, R. B. **Geografia da saúde**: categorias, conceitos e escalas. In: Saúde: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: UNESP, 2015. p. 79-97.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 2ª edição - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 400p.

HAN, E. et al. Classification bias in commercial business lists for retail food stores in the U.S. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 9, n. 1, p. 1, 2012.

HOLSTEN, J. E. Obesity and the community food environment: A systematic review. **Public Health Nutrition**, v. 12, n. 3, p. 397–405, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Demográfico 2010**. 2010a. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 20 de jun 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Comissão Nacional de Classificação. **Classificação de estabelecimentos comerciais**. 2010b. Disponível em: < <https://cnae.ibge.gov.br/> Acesso em: 20 de jun 2017.

_____. **Aglomerados subnormais Informações Populacionais**. 2011 Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>. Acesso em: 02 de março de 2018.

LEITE, M. A. **Ambiente alimentar em Juiz de Fora: um enfoque no território das escolas**. 2017. 190p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

LEITE et al. Association of neighbourhood food availability with the consumption of processed and ultra-processed food products by children in a city of Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**: v. 21, n. 1, p. 189–200, 2017.

LYTLE, L. A. Measuring the food environment: state of the science Review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, p. S134-144, 2009.

LOPES, A. C. S. et al. O ambiente alimentar e o acesso a frutas e hortaliças: “Uma metrópole em perspectiva”. **Saúde e Sociedade**: v. 26, n. 3, p. 764–773, 2017.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1–11, 2015.

MCKINNON, R.A. et al. Measures of the Food Environment a compilation of the literature 1990–2007. **American Journal of Preventive Medicine**: v.36, n. 4S, p. S124-S133, 2009.

MENDES, E. V. et al. **Distritos Sanitários: conceitos chaves**. In: MENDES, E. V. (org). **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 159-185.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na promoção e vigilância em saúde**. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224

MONKEN, M. et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: Miranda A.C. et al. (org). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.

MONTEIRO, C. A. et al. NOVA. A estrela brilha. **World Nutrition Saúde Pública**.] **World Nutrition**. Jan-Mar, v. 7, n. 1–3, p. 28–40, 2016.

MORAES, D. E.; CANÔAS, S. S. O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária a saúde. **Revista Desenvolvimento Social**: v. 1, n. 9, p. 49–57, 2013.

MOTTER, A. F. **Associação entre tipo e tempo de deslocamento dos pontos de venda de alimentos e sobrepeso/obesidade em escolares de 7 a 14 anos de idade de Florianópolis, Santa Catarina**. 2014. 141p. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MOTTER, A. F. et al. Pontos de venda de alimentos e associação com sobrepeso/obesidade em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. TT - [Retail food outlets and the association with overweight/obesity in schoolchildren from Florianopolis. **Cad Saude Publica**: v. 31, n. 3, p. 620–632, 2015.

NEVES, J. et al. **Manual de coleta de dados secundários para geoprocessamento de equipamentos e serviços de alimentação, atividade física, assistência social e saúde no município de Florianópolis – SC** / Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, SC: UFSC, 2016. 23 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/174189>>. Acesso em: 28 de out de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os determinantes sociais da saúde (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>>. Acesso em: 20 de jan de 2017.

PESSOA, M.C. **Ambiente Alimentar e consumo de frutas, legumes e verduras em adutos em Belo Horizonte-MG**. 2013. 122 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria Técnica de Geoprocessamento. Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental. **Crítérios para classificação de Áreas de Interesse Social**, Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_11_2009_9.19.11.d7136a27646d22d470e6bba2b6495418.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Territorialização**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu6>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Territorialização e Cadastramento. **População**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php>. Acesso em: 10 de Mai 2017.

_____. Portaria n 26/2014 – **Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde**. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1-carteira_de_servicos_atencao_primaria_florianopolis.pdf.> Acesso em: 29 janeiro 2018.

PARTINGTON, S. N. et al. Reduced-item food audits based on the nutrition environment measures surveys. **American Journal of Preventive Medicine**: v. 49, n. 4, p. e23–e33, 2015.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PULZ, I. dos S. **Ambiente alimentar do campus sede da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2014. 114p. Dissertação (Mestrado em Nutrição). Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2014.

RECINE, Elisabetta et al. **O papel da (o) nutricionista na atenção primária à saúde**. Conselho Federal de Nutricionistas (Org.) - 3.ed. - Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab Educ Saúde**: v. 8, n. 3, p. 387–406, 2011.

SOUZA, M.J.L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E., et. al, **Geografa: Conceitos e temas**. 16^a. Ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014, p. 77-116.

SUGAI, M.I. **Segregação Silenciosa**: Investimentos públicos e dinâmica socioespacial na área conurbada de Florianópolis (1970-2000). Editora UFSC: Ed. 1, 2015. 200 p.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**: v. 378, n. 9793, p. 804–814, 2011.

SWINBURN, B. et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): Overview and key principles. **Obesity Reviews**: v. 14, n. S1, p. 1–12, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Programa**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://remultisf.ufsc.br/programa/>>. Acesso em: 06 de set de 2017.

VALENTE, F.L.S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**. v.12, n.1, p.51-60, jan-jun, 2003

VASCONCELOS, F. D. A. G. DE. Josué de Castro and The Geography of Hunger in Brazil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**: v. 24, n. 11, p. 2710–2717, 2008.

VIER, B. **Disponibilidade de alimentos prontos para consumo em municípios da região de Pirineus, Goiás**. Brasília. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, Brasília, 2017.

WIDENER, M.J. et al. Dynamic Urban Food Environments: A Temporal Analysis of Access to Healthy Foods. **American Journal Prev Med**: v.41, n.4, p.439-411, 2011.