

Obesidade na Atenção Primária em Saúde: o papel da gestão

Autora

Camila Medeiros da Silva Mazzeti (Org.)

Obesidade na Atenção Primária em Saúde: o papel da gestão

1ª edição
Campo Grande 2020





**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**

REDE ECO-AB – Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade na Atenção Primária em Saúde no estado do Mato Grosso do Sul

Coordenadora da Rede ECO-AB: Profa. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Reitor: Prof. Dr. Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora: Profa. Dra. Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Pró-reitora de Extensão Cultura e Esporte (PROECE-UFMS)

Pró-reitor: Prof. Dr. Marcelo Fernandes Pereira

Secretaria Especial de Educação a Distância

Secretário Especial: Prof. Msc. Hercules da Costa Sandim

Escola de Extensão

Coordenação: Profa. Dra. Caroline Pauletto Spanhol

Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN/UFMS)

Direção: Profa. Dra. Maria Lígia Rodrigues Macedo

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Promoção da Saúde (DPS) - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Apoio

Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES-MS) – Coordenadoria de Ações em Saúde - Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN)

Coordenação Técnica Geral do Projeto

Coordenadora Geral: Profa. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Produção de Conteúdo

Msc. Alline Lam Orué

Prof. Msc. Anderson Leão Nogueira Holsbach

Profa. Dra. Bruna Paola Murino Rafacho

Profa. Dra. Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Profa. Dra. Caroline Camila Moreira

Profa. Dra. Fabiane La Flor Ziegler Sanches

Karine Domingos de Araújo

Profa. Dra. Naiara Ferraz Moreira

Profa. Dra. Rita de Cassia Bertolo Martins

Prof. Msc. Taiz Siqueira Pinto

Prof. Msc. Teresa Cristina Abranches Rosa

Profa. Dra. Verônica Gronau Luz

Desenvolvimento

Design educacional: Bruna Damiana Heinsfeld

Design gráfico: Laurellie Pacussich

Revisão textual e normas ABNT: Karine Domingos de Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Coordenadoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Obesidade na atenção primária em saúde [recurso eletrônico] : o papel da gestão /
Camila Medeiros da Silva Mazzeti. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2020.

Modo de acesso: <https://repositorio.ufms.br>

ISBN 978-65-86943-21-4

1. Obesidade – Política governamental – Brasil. 2. Saúde pública – Brasil. 3.
Cuidados primários de saúde – Brasil. I. Mazzeti, Camila Medeiros da Silva.

CDD (23) 362.1963980981

Bibliotecária responsável: Wanderlice da Silva Assis – CRB 1/1279



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

© do autor:

Profa. Dra. Priscila Milene Angelo Sanches

Profa. Dra. Deise Bresan Profa.

Dra. Patrícia Vieira Del Ré

1ª edição: 2020

Projeto Gráfico, Editoração

Laurellie Pacussich

Revisão

A revisão linguística e ortográfica é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos

para esta edição



Divisão da Editora UFMS - DIEDU/AGECOM/UFMS

R. UFMS, 2-114 - Vila Olinda, Campo Grande - MS, 79050-010

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Fone: (67) 3345-7203 - Campo Grande - MS

e-mail: diedu.agecom@ufms.br

Editora associada à



ISBN: 978-65-86943-21-4

APRESENTAÇÃO DO LIVRO

Este livro se destina aos gestores municipais de saúde, coordenadores municipais de Atenção Primária em Saúde e gestores municipais de alimentação e nutrição, para atuação no controle e enfrentamento da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro do estado de Mato Grosso do Sul.

A obesidade está associada a riscos para a saúde, e suas causas estão relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Por isso, organizamos este livro de modo a facilitar a compreensão da obesidade, e garantir que o gestor da Atenção Primária em Saúde conheça e utilize as ferramentas necessárias para o controle e enfrentamento da obesidade no âmbito do SUS.

Este material, derivado do curso “Curso de Aperfeiçoamento para Gestores: enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Primária em Saúde”, foi elaborado com o objetivo de empoderar gestores da Atenção Primária em relação à estrutura organizacional das políticas de alimentação e nutrição do SUS para enfrentamento e controle da obesidade, demonstrando conceitos de políticas públicas, de financiamento e pactuação dentro do SUS, tomada de decisão baseada em evidência produzida pelos Sistemas de Informação em Saúde e na literatura científica, articulação com o poder legislativo e executivo para produção do advocacy voltado para promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, bem como parcerias com a sociedade civil para articulação com conselhos de participação social para enfrentamento e controle da obesidade.

Serão abordados conteúdos como Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição, a gestão com foco na promoção da saúde para enfrentamento e controle da obesidade na Atenção Primária à Saúde, o uso das informações na saúde – Sistemas de Informação em Saúde e inquéritos, liderança e construção de advocacy para o fortalecimento da atenção nutricional no SUS para enfrentamento e controle da obesidade, e a participação e controle social no fortalecimento da PNAN, PNAB e na PNPS, em âmbito municipal.

Esperamos que seja um material de auxílio e orientação nas gestões em saúde e de Alimentação e Nutrição.



Equipe REDE ECO-AB

SUMÁRIO

04

Apresentação

06

Capítulo I – Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição

47

Capítulo II – Gestão com foco na promoção da saúde para enfrentamento e controle da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS)

86

Capítulo III – Uso das informações na saúde: Sistemas de Informação em Saúde e inquéritos

117

Capítulo IV – Liderança e construção de advocacy para o fortalecimento da atenção nutricional no SUS

149

Capítulo V – Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)

179

Fechamento

180

Os Autores

CAPÍTULO I

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO



Alline Lam Orué

Taiz Siqueira Pinto

Fabiane La Flor Ziegler Sanches

Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Entende-se por políticas públicas os instrumentos que o Estado (e os governos) têm como forma de garantir direitos e atender às necessidades dos cidadãos e cidadãs. Vamos falar mais sobre isso detalhadamente neste capítulo, mas podemos destacar como principal exemplo para os nossos estudos a política de saúde, na qual o SUS incorpora os direitos humanos à alimentação e à nutrição adequadas, direitos esses viabilizados por meio de diretrizes que compõem a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A gestão pública deve ser orientada por evidências técnicas e científicas, incluindo as políticas de saúde, de Segurança Alimentar e Nutricional e de alimentação e nutrição. O Planejamento Estratégico Situacional, proposto por Carlos Matus, é a ferramenta que deve orientar as políticas temáticas, programas e ações no âmbito do SUS. Também é preciso realizar um planejamento com base nas capacidades técnicas, processo de trabalho e demandas do território de saúde.

A criação ou fortalecimento e “ocupação” de espaços de governança é uma condição indispensável para garantia da participação popular e o controle social, e para a pactuação interfederativa no SUS, com potencial capacidade de visibilidade das agendas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde.

O *advocacy* é a principal estratégia para influenciar os poderes legislativo, executivo, judiciário e a sociedade na formulação, aprovação e execução de políticas governamentais. Mas, para praticar ações de *advocacy*, é preciso, antes, conhecer o que são e como funcionam as Políticas Públicas.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste momento, daremos início ao conteúdo do curso, que lhe trará informações e esclarecimentos sobre Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição, focando, principalmente, na implementação da PNAN, para que você possa apoiar e subsidiar ações de planejamento, monitoramento, avaliação e capacitação para ações resolutivas e efetivas para o enfrentamento e controle da obesidade nos territórios da Atenção Primária à Saúde em seu município.

1.1 O QUE É POLÍTICA PÚBLICA?

E então, você sabe o que, de fato, é Política Pública? Vamos esclarecer melhor.

De acordo com Saravia e Ferrarezi (2006), o termo “política pública” representa um sistema de decisões públicas que resultam em ações (ou omissões) para prevenir ou corrigir situações, com o propósito de manter ou alterar a realidade de determinado(s) setor(es) da vida social.

Ou seja, é um sistema que pode ser voltado a preservar o equilíbrio social ou a causar desequilíbrio intencionalmente, dependendo do propósito. Portanto, definir objetivos, planejar estratégias de atuação e alocar recursos de modo coerente aos objetivos traçados são etapas fundamentais.

SAIBA MAIS



O processo de política pública é uma forma atual de lidar com as incertezas ocorridas por rápidas mudanças do contexto, por meio da iniciativa de alguns países europeus, do Japão, dos Estados Unidos e do Canadá, para atender, de forma mais eficiente, às demandas e necessidades sociais (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Ao consultar o guia sobre Avaliação de políticas públicas do governo brasileiro (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA *et al.*, 2018), você verá que o termo “políticas públicas” diz respeito a um conjunto de ações governamentais (como programas, serviços e estratégias) que atendam às demandas de maneira satisfatória, que ofereçam bens e/ou serviços a partir de ações integradas e articuladas para a sociedade, e que sejam custeadas a partir de recursos orçamentários ou de benefícios de natureza financeira, creditícia e tributária.

MULTIMÍDIA



Para aprofundar seu conhecimento sobre o que é Política Pública, recomendamos que assista ao vídeo [“O que são Políticas Públicas?”](#), do canal EVC-Câmara dos Deputados, que traz uma explicação didática e recheada de exemplos.

Mas, conforme Villanueva (1992), podemos considerar que uma política pública também significa:

- 🍊 Um espaço de ação governamental, por exemplo, política de saúde.
- 🍊 Um objetivo geral a ser alcançado, por exemplo, política para que os jovens consigam emprego estável.
- 🍊 Um cenário social desejado, por exemplo, política contra tabagismo.
- 🍊 Proposta de atividade específica, a exemplificar, política para alfabetizar pessoas adultas.
- 🍊 Norma(s) que existe(m) para certa questão, a exemplificar, política urbana.
- 🍊 Um conjunto de estratégias governamentais para um campo de questões, a exemplificar, política de combate à pobreza, de produtividade, inclusão e sustentabilidade agrícola.
- 🍊 A política quanto resultado de uma ação específica do governo, como, por exemplo, quantidade de casas construídas a partir de política habitacional.
- 🍊 O efeito da atividade governamental, como, por exemplo, redução da mortalidade.
- 🍊 A proposta teórica ou tecnologia que serve de base para uma política governamental.



FIQUE ATENTO



As políticas públicas têm influência das circunstâncias que afetam o ritmo das organizações e pelas alterações que a teoria sofre. Dessa forma, estão cheias de ideias de planejamento, como o estabelecimento de metas quantitativas; subordinação social em detrimento do crescimento econômico e determinação do futuro com base em projeções das tendências do passado (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Existe um domínio do racional da área técnica com prioridades, mas como o critério econômico é o principal, acaba-se adotando privilégios para as atividades que influenciam a produção e o desenvolvimento. Entretanto, é de conhecimento que as prioridades aceitas pelos planejadores não são determinadas só pela razão técnica, mas também pelo poder político de distintos setores sociais e sua capacidade de articulação no sistema político (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

PARA REFLETIR



Você já parou para pensar o quanto é importante você, no papel de gestor, entender os princípios básicos de políticas públicas para implantar e promover melhores condições de saúde para a população de seu município?

As instituições cumprem um papel de decisão na política pública, sendo sua estrutura, seus quadros e sua cultura organizacional, elementos semelhantes com a política. Pesquisas sobre política pública mostram a importância das estatais como organizações, as quais os agentes públicos eleitos ou administrativos buscam fornecer subsídios que nem sempre atendem às necessidades sociais, mas têm atitudes que estruturam, modelam e influenciam os processos econômicos e sociais (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

NA PRÁTICA



Como exemplo de política pública, podemos citar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual contempla 14 atividades competentes às secretarias municipais de saúde para sua execução (BRASIL, 2018, p. 11) e tem como objetivo geral estimular a equidade e a melhoria das condições e dos modos de vida da população, aumentando a capacidade da saúde coletiva e do indivíduo e diminuindo vulnerabilidades e riscos à saúde provocadas por determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018, p. 20).

Como você pôde perceber, existe uma necessidade de toda política pública estar integrada às políticas governamentais e constituir uma colaboração setorial que busque o bem-estar coletivo. Cada política deve influenciar aspectos distintos para priorizar ações, em função da urgência e relevância do contexto nacional e internacional (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).



1.2 A ORIGEM DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

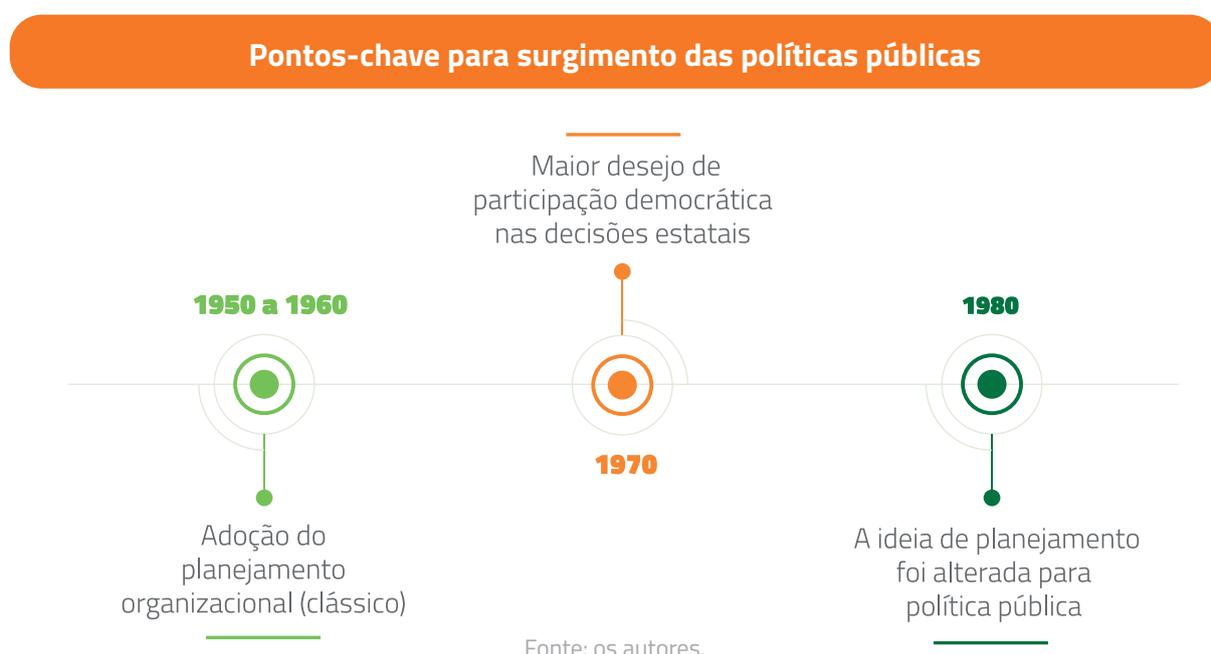
Mas, de onde surgiu essa ideia de elaborar esse conjunto de ações governamentais sistemáticas para atender às demandas coletivas? Qual a origem das políticas públicas?

Você já deve ter percebido que, ao longo das décadas, a interação entre os indivíduos, as empresas e outras organizações nacionais e internacionais, como também entre estados, vem aumentando por causa da globalização financeira e comercial, facilitada pela evolução das comunicações e da informática.

Acontece que, de acordo com Saravia e Ferrarezi (2006), essa situação foi verificada, na verdade, a partir do final da Segunda Guerra Mundial, período que propiciou uma adequação permanente nas estruturas organizacionais. Vamos detalhar um pouco mais essa linha do tempo.



A imagem a seguir resume os pontos-chave para o surgimento das políticas públicas, vistos no vídeo anterior.

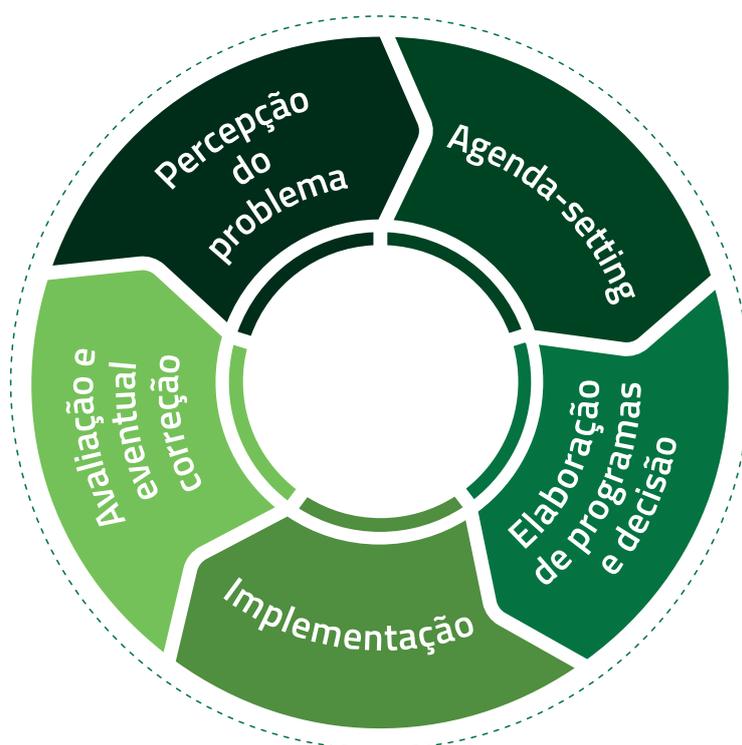


1.3 CICLO DE ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Gestor (a), é importante que você saiba que cada política pública tem suas particularidades e características únicas. Isso significa que cada política apresenta várias etapas, nas quais tanto os indivíduos envolvidos quanto as coalizões, os procedimentos e as prioridades são distintas.

Estudiosos das políticas públicas, como Saravia e Ferrarezi (2006), destacam três macroetapas quando falamos de políticas públicas, que podem ser entendidas como um ciclo: formulação, implementação e avaliação. Cada uma dessas macroetapas pode se dividir em outras mais detalhadas. Um exemplo está na imagem a seguir, que mostra cinco etapas:

Etapas das Políticas Públicas



Fonte: Gianezini et al. (2017).

Há diferentes estudos sobre a classificação das fases do ciclo de políticas públicas. Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013), essas fases não são necessariamente sequenciais ou apresentam obrigatoriedade em sua totalidade, ficando na dependência da situação política e econômica, sendo comum que as fases sejam puladas.

MULTIMÍDIA



Para saber mais sobre o que são políticas públicas e sobre o ciclo de políticas, recomendamos que assista a dois vídeos do canal Politize!: [“O que são políticas públicas?”](#) e [“Ciclo de Políticas Públicas: o que é?”](#), que contam com entrevistas com o professor Leonardo Secchi, com exemplos fáceis e práticos.

1.3.1 ETAPAS DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Como vimos, embora existam três macroetapas, o ciclo de políticas públicas pode ser constituído por várias etapas intermediárias.

Vamos detalhar ao todo sete etapas que podem ser encontradas no ciclo de políticas públicas: agenda; elaboração; formulação; implementação; execução; acompanhamento ou monitoramento; e avaliação.

I. AGENDA

A primeira etapa é a formação de uma agenda de políticas, ou seja, do conjunto de assuntos debatidos e as estratégias empregadas por determinados grupos, buscando alcançar objetivos específicos. Essa agenda pode ser tanto por iniciativa governamental quanto não-governamental.

Alguns aspectos são muito importantes e devem ser levados em consideração na formação de uma agenda: a relação custo-benefício, a análise social, econômica e cultural, a disponibilidade orçamentária, a relevância política, entre outros (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Com certa frequência, a inclusão na agenda induz e justifica uma intervenção pública legítima sob a forma de decisão das autoridades públicas (GARRAUD, 2004).

Esta etapa é considerada a etapa mais difícil e importante, uma vez que dela dependerá o sucesso ou fracasso das demais (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).



II. ELABORAÇÃO

A segunda etapa é a elaboração da política. Essa é a etapa na qual um problema contemporâneo ou potencial da população é identificado. Nessa etapa também são verificadas as alternativas viáveis para sua solução, a avaliação dos custos, os efeitos de cada uma delas e o estabelecimento de prioridades.

Saraiva e Ferrarezi (2006) destacam, ainda, que a elaboração de políticas pode ser contrária ao modelo racional, partindo de percepções e interesses dos atores individuais em todos os estágios.

III. FORMULAÇÃO

A terceira etapa é a formulação da política em si. Nela, há a seleção da alternativa mais adequada e possível para solucionar o problema identificado na etapa anterior. Após a seleção, é feita a declaração da decisão adotada, definindo seus objetivos e seus aspectos jurídicos, administrativos, políticos, sociais, econômicos, entre outros.

Existem motivos que podem levar a uma nova formulação da política pública durante a fase de implementação, tais como novos problemas, fatos que não haviam sido considerados anteriormente, novas decisões que devem ser tomadas pelos executores das medidas etc. (HILL, 2006; SARAIVA; FERRAREZI, 2006).

IV. IMPLEMENTAÇÃO

A quarta etapa é a implementação da política. A etapa de implementação da política pode ser definida em planejar, estruturar a máquina pública e fornecer tudo que é necessário para a execução (RONCARATTI, 2008).

De acordo com Saraiva e Ferrarezi (2006), para implementar um processo de política pública, é preciso constituir um planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, como também os financeiros, materiais e tecnológicos que sejam úteis para executar uma política.

O processo de implementação é caracterizado por sua diversidade e limitações. Por conta disso, muitas vezes a implementação pode transformar-se em atividade problemática, a política pode ser vista como barganha e o meio ambiente como conflitivo (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Segundo Hogwoord e Gunn (1981, p. 7), existem alguns pré-requisitos que precisam ser atendidos satisfatoriamente para que haja uma implementação perfeita:

- 🍊 As circunstâncias externas ao agente implementador não devem impor obstáculos paralisantes;
- 🍊 O programa deve dispor de tempo adequado e recursos suficientes;
- 🍊 A combinação exata de recursos deve estar efetivamente disponível;
- 🍊 A política a ser implementada deve ter como base uma teoria de causa-efeito válida;
- 🍊 A relação entre causa e efeito deve ser direta e se existem poucos, ou nenhum, vínculos de interferência;
- 🍊 As relações de dependência devem ser mínimas;
- 🍊 Devem existir compreensão e acordo sobre os objetivos;
- 🍊 As tarefas devem estar totalmente especificadas e na sequência correta;
- 🍊 Deve haver perfeita comunicação e coordenação; e
- 🍊 As autoridades devem pedir e obter perfeita obediência.

V. EXECUÇÃO

A quinta etapa é a execução. A etapa de execução consiste em um conjunto de ações destinadas a alcançar os objetivos determinados pela política.

Ou seja, essa etapa é a realização da política na prática (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

VI. ACOMPANHAMENTO OU MONITORAMENTO

A sexta e penúltima etapa é o acompanhamento ou monitoramento. Essa etapa consiste em fiscalizar a execução de uma atividade, de forma a possibilitar informações necessárias para a confirmação da política e eventuais correções da implementação ou o seu cancelamento (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

VII. AVALIAÇÃO

A última etapa do ciclo é a avaliação. Não menos importante, essa etapa medirá e analisará os efeitos gerados na população pelas políticas públicas, em especial o que diz respeito às realizações obtidas e às consequências previstas e não previstas, sendo considerada a etapa que mais tem se desenvolvido nos últimos tempos (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Segundo Roncaratti (2008, p. 43) existem quatro razões para a ocorrência da avaliação:

- ☉ Pode ser utilizada para fundamentar uma justificativa ou satisfação perante a sociedade;
- ☉ Para satisfazer exigências institucionais, que exigem a análise da política pública;
- ☉ Serve como elemento fundamentador de uma decisão estratégica da política pública;
- ☉ Possibilita o aprendizado por parte dos gestores, que saberão os impactos da política pública implementada.

1.3.2 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Agora, vamos aprofundar um pouco mais a última etapa, de avaliação das políticas.

Como descreve o documento da Casa Civil da Presidência da República (2018), a avaliação de políticas públicas, executada como um processo sistemático, integrado e institucionalizado, tem como princípio verificar a eficiência dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aperfeiçoamento da ação estatal, considerando a melhoria dos processos, dos resultados e da gestão. As metodologias e ferramentas analíticas usadas na avaliação fundamentam a tomada de decisão dos gestores públicos em prol do aprimoramento das políticas em execução.

De acordo com esse documento, há três pontos importantes para a execução da avaliação de políticas públicas. São eles:

- 🍊 A abordagem de avaliação escolhida deve estar alinhada ao ciclo de execução da política pública.
- 🍊 A experiência internacional mostra que utilizar metodologias bem aceitas e roteiros padronizados gera resultados confiáveis e permite uma melhor comparação entre as diferentes políticas públicas, por igualar e sistematizar a linguagem e as informações. A credibilidade desses resultados é que contribui para a expansão, o reinvestimento ou a economia de recursos nas políticas públicas avaliadas.
- 🍊 As políticas que apresentarem avaliações ruins, que não passam pelo processo de validação da sociedade, incluídas as críticas da comunidade acadêmica, dos pesquisadores e da imprensa, não deverão se prolongar por muito tempo. Esse fato destaca a importância de as avaliações executadas no sistema de avaliação do governo serem claras, transparentes e públicas, o que fortalecerá a implementação de políticas públicas efetivas e bem-desenhadas (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA et al., 2018, p. 15).

Esse mesmo documento afirma que o desafio do governo é proporcionar efetividade dos recursos públicos, evitando gastos pouco produtivos ou ineficientes, para que a população tenha acesso a bens e serviços públicos de qualidade.

A avaliação pode ser classificada e realizada em função do tempo, ocorrendo antes da implementação da política pública (ex ante) ou depois da implementação (ex post). De um lado, a análise ex ante tem como objetivo promover uma reflexão em nível mais adequado da criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas, para que estas sejam melhor construídas e planejadas, incluindo, por exemplo, a indicação do sistema de monitoramento e avaliação que serão utilizados ao longo de sua execução. De outro lado, a avaliação ex post é um instrumento importante para a tomada de decisões ao longo da execução da política, orientando a você, gestor(a), o que melhorar e, em alguns casos, como fazê-lo, e realizar melhor alocação de recursos entre as diferentes políticas públicas setoriais.



SAIBA MAIS



Para facilitar tal processo, o governo brasileiro publica diversos materiais orientativos como o “Guia prático de análise ex ante” e o “Guia prático de abordagem ex post”, ambos lançados em 2018.

1.4 ELEMENTOS PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A finalidade das políticas públicas deve ser baseada em elementos de caráter orientativo, de forma que as várias ações que compõem determinada política em específico garantam a consolidação da democracia, a justiça social, a manutenção do poder e a felicidade das pessoas (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Existem cinco elementos que podem caracterizar uma política, citados por Thoenig (1985, p. 7):

Fases das Políticas Públicas



Fonte: os autores, com base em Thoenig (1985).

As políticas públicas variam conforme a sociedade na qual estão inseridas, pois o grau de maturidade de cada sociedade terá reflexo no grau de estabilidade e eficácia das políticas, de participação, de apoio de coletividades envolvidas e de transparência dos processos de decisão (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

MULTIMÍDIA



Existem dois termos neste tema que podem causar dúvidas. São eles: políticas públicas e políticas sociais.

Para auxiliar a clarificar essas ideias, recomendamos que você assista ao vídeo [“Diferenças entre política pública e política social”](#) do canal Espaço Serviço Social, da professora Núbia Lima.

2. TOMADA DE DECISÃO BASEADA

EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Você, gestor(a), é um tomador de decisão e, por isso, é importante você saber um pouco sobre o histórico do uso do conhecimento científico para a tomada de decisão, que é uma prática comum e vem sendo utilizada para informar o processo de formulação e implementação de políticas públicas desde os anos 70, com o termo “política baseada em evidência” (RAMOS; SILVA, 2018). Essa prática tem como objetivo melhorar a aplicação de recursos para firmar a promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Com o passar do tempo, nos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu que suas diretrizes precisavam estar embasadas nas evidências científicas. Logo em seguida, a Organização Pan-Americana da Saúde declarou a importância de aplicá-las para melhorar a capacidade institucional e a liderança internacional na saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, sabemos que a formulação e a implementação de políticas públicas são um desafio, pois, os resultados das políticas em saúde são condicionados por fatores socioeconômicos, pelas dificuldades que tomadores de decisão têm em interpretar, adaptar



e aplicar o conhecimento científico por causa da pouca interação entre política e pesquisa, como também pela limitação dos recursos (BRASIL, 2015).

Antes de avançarmos, é importante que você estude dois conceitos:

Tradução do Conhecimento: É a ligação entre o pesquisador e o tomador de decisão a partir de um processo interativo, o qual consiste em síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento, com a finalidade de diminuir o abismo entre o que se tem de evidência científica e o que se pratica, isto é, entre o “saber e o fazer” (RAMOS, SILVA, 2018).

Política Informada em Evidência (PIE): É um termo usado por alguns pesquisadores para denominar “política baseada em evidência”, a fim de informar as estratégias disponíveis aos gestores e indicar as melhores evidências científicas contidas na literatura. Portanto você, como gestor (a), deverá escolher quais estratégias melhor se enquadram à sua realidade (RAMOS, SILVA, 2018).

2.1 COMO USAR A POLÍTICA INFORMADA EM EVIDÊNCIA (PIE)?

Agora que você já sabe um pouco sobre o conceito de Política Informada em Evidência (PIE), ficará mais fácil compreender como utilizá-la. A PIE deverá ser usada de forma transparente, sistemática e criteriosa para o alcance de bons resultados no processo de tomada de decisão na área da saúde, melhorando o desempenho do sistema de saúde, e evitando conflitos que resultam de políticas públicas mal formuladas.

Para isso, recomendamos que você siga o seguinte passo a passo proposto por Ramos e Silva (2018, p. 299):



Primeiro passo

Este passo é para definir o problema, descrevendo-o de forma consistente, identificando sua origem, magnitude, causa e pontos que chamam atenção, de forma a pensar nas opções que tem para resolvê-lo.

Assim, é indicado que sejam feitas as seguintes perguntas:

- ☀ Como o problema se originou e como chamou a atenção?
- ☀ Como o problema é descrito?
- ☀ Quais os indicadores que podem dar a magnitude do problema?
- ☀ Qual a causa do problema?

Segundo passo

Aqui é preciso usar a evidência para o processo da PIE, de maneira que haja uma fonte de informação para que as próximas etapas sejam esclarecidas.

Para escolher as opções que melhor encaixam no seu problema, é preciso considerar alternativas que outros locais tenham feito, como mecanismos de prestação, financiamento e governança que falem do seu problema.

Assim, a próxima etapa desse passo é “decidir sobre as opções encontradas para a política”, justificando claramente os motivos pelos quais as opções apresentadas foram incluídas ou excluídas, questionando:

- ☀ Quais opções foram apresentadas?
- ☀ Quais são os possíveis benefícios e os possíveis danos de cada uma delas?
- ☀ Que adaptações podem ser feitas e qual a possibilidade de alterar sua efetividade e seus custos?
- ☀ Qual o nível de certeza que temos sobre esses resultados?
- ☀ Como podem ser resumidas as informações de impacto ou efeito?

Terceiro passo

É realizado para implementação das opções de políticas que precisam de várias mudanças de comportamento de atores-chave. Para isso, é necessário verificar as barreiras existentes, que podem estar ligadas aos profissionais e ao sistema de saúde.

Com relação às barreiras ligadas aos profissionais do sistema de saúde, as mudanças podem acontecer por meio de motivação, conhecimentos, atitudes, competências, acesso ao cuidado, entre outros. Já com relação às ligadas ao sistema de saúde, as barreiras podem estar ligadas à escassez de recursos, à inadequação de processos, à falta de governança, ao excesso de burocracia, entre outras.

Há também outros tipos de barreiras, como limitações sociais e políticas. Então, após a verificação das barreiras, é necessário saber os efeitos das estratégias traçadas para a implementação, assim como resumir as informações, deixando claro a evidência e os critérios usados para caracterizar essas barreiras, informando vantagens e desvantagens das estratégias escolhidas.

Para tanto, busca-se responder às seguintes questões:

- ☉ Quais são as barreiras para a implementação de cada opção?
- ☉ Como as informações sobre as barreiras e os possíveis efeitos das estratégias deveriam ser resumidos para que possam ser enfrentados?
- ☉ Quais estratégias podem ser abordadas?
- ☉ O que se sabe sobre os efeitos das estratégias?
- ☉ Como sintetizar a informação sobre as barreiras e os possíveis efeitos das estratégias de enfrentamento?

Quarto passo

O último passo é usado para considerar a equidade, ou seja, ao tomar uma decisão em uma política pública ou em um programa é necessário considerar se não haverá algum grupo em desvantagem com relação à sua escolha, reduzindo, desta forma, as desigualdades sociais.

Para saber quais grupos sociais precisam de atenção, recomenda-se considerar o local de



residência, raça, etnia ou cultura; também a ocupação; o gênero; a religião; a educação; e a situação socioeconômica.

As questões utilizadas para auxílio nesta etapa são:

- ☉ Quais são os grupos de interesse ou lugares que têm possibilidade de estar em desvantagem com relação à opção considerada?
- ☉ Existem razões que antecipem as diferenças na eficácia relativa da opção para os grupos ou lugares em desvantagem?
- ☉ É possível que existam condições iniciais diferentes que possam comprometer a eficácia ou que gerem uma opção diferente?
- ☉ Existem outros aspectos relevantes que devem ser considerados ao implementar a opção?

Podemos resumir esse passo a passo na seguinte imagem:



Fonte: os autores.

2.2 POLÍTICA INFORMADA EM EVIDÊNCIA (PIE) NA TOMADA DE DECISÃO

Depois de entender um pouco sobre o uso da PIE, orienta-se que ela seja usada para a tomada de decisão, seguindo os seguintes passos propostos por Ramos e Silva (2018)

Síntese de evidência para a política

É a sistematização clara e transparente das evidências encontradas na literatura, cujo ponto de partida seja um tema em saúde. A síntese precisa abordar o tema da política, descrever seu contexto, seu problema, seus custos e suas consequências para a implementação, além de empregar métodos transparentes, como também devem ser lavadas em conta as consequências da equidade, aplicabilidade e qualidade da evidência. Também deve-se lembrar sua relevância ao sistema de saúde.

Diálogos deliberativos

Este passo contempla os meios utilizados para a divulgação da síntese, como a informação adaptada, meios de comunicação, apresentações presenciais, entrevistas, grupos focais, pesquisa, audiências públicas, etc., de forma a direcionar grupos específicos (usuários e público), agregando valor à síntese da evidência e esclarecendo problemas e soluções de forma a desenvolver um entendimento comum e, em seguida, contribuir para a implementação e o desenvolvimento de políticas efetivas, governança e democracia.

Equilibrar os prós e os contras

Para executar este passo, é preciso ter o conhecimento dos resultados que se deseja obter e os que não se deseja, o que te permitirá avaliar importantes informações e, com isso, evitar efeitos negativos, assim como entender alguns pontos de políticas em saúde. Para isso, é necessário monitorar o planejamento e avaliar os efeitos da política. Isso pode ser usado para descrever como é realizada a coleta de dados que informará os tomadores de decisão, ou seja, você – gestor (a). Portanto, é indicado responder às seguintes perguntas:

-  O monitoramento é necessário?
-  O que deve ser medido?
-  Deve ser feita a avaliação do impacto?
-  Como deve realizar a avaliação desse impacto?

Então, o que podemos entender como avaliação de impacto? Temos como resposta uma forma de medir o quanto os resultados observados podem ser utilizados em uma política. Entretanto, em alguns casos, o monitoramento da política não é tão importante, como por exemplo, na existência de um sistema de monitoramento semelhante ao implantado, ou por ter elevado custo, ou por não haver indicadores que tragam a dimensão verdadeira do dado (RAMOS; SILVA, 2018).

Antes de avançarmos com as dicas de plataformas nas quais você pode buscar evidências científicas, ouça o podcast com dois exemplos práticos de como a PIE pode ser aplicada.



[Política Informada em Evidência: como praticar?](#)

2.3 ONDE BUSCAR EVIDÊNCIAS PARA A TOMADA DE DECISÃO

É muito importante que você, em posição de gestão, aprenda a buscar evidências científicas para a tomada de decisão. O acesso à informação vem sendo facilitado devido ao avanço e ao desenvolvimento tecnológico, ampliando as possibilidades para a comunicação e facilitando essa busca. O ambiente virtual disponibiliza conteúdos por meio de diversas ferramentas, assim como facilita a interação dos atores. Assim, a disponibilização gratuita de evidência científica em ambientes virtuais te ajuda na tomada de decisão (BRASIL, 2015).

EVIPNET

Com o propósito de aumentar o uso das evidências científicas nas práticas de saúde, foi criada a Rede para Políticas Informadas por Evidências, em inglês [Evidence-Informed Policy Network - EVIPNet](#), que tem como foco estimular a adequada utilização de evidências científicas para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde, promovendo o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação



e implementação de políticas e programas de saúde por meio da troca entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil (BRASIL, 2015).

A maioria das sínteses disponíveis na EVIPNet é sobre promoção, prevenção e tratamento nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com o objetivo de diminuir as taxas de prevalência dessas doenças (RAMOS; SILVA, 2018).

Alimentando Políticas

Para te ajudar a pesquisar evidências científicas, a plataforma online "[Alimentando Políticas](#)", direcionada à promoção da alimentação saudável, é um projeto independente de pesquisa, criado e mantido pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), destinada a promover fundamentação científica a você, gestor (a), que se propõe a criar políticas públicas efetivas nas áreas da alimentação e nutrição, com temas sobre rotulagem de alimentos, alimentação saudável de verdade, ambiente alimentar, preço de alimentos, publicidade de alimentos, entre outros (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2019).

SISVAN

Outra maneira de acessar informações científicas na área de alimentação e nutrição é através dos relatórios consolidados do [SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional](#), que permitirão verificar o quantitativo de atividades relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes e as ações de saúde voltadas para a população, realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019).

PDQ Evidence

Com a finalidade de facilitar o rápido acesso às melhores evidências disponíveis para tomadas de decisões sobre sistemas de saúde, a plataforma [PDQ \("pretty darn quick"\)-Evidence](#) contém resumos de políticas baseados em evidências, os quais estão disponíveis também em português (EPISTEMONIKOS FOUNDATION, 2019).

Biblioteca virtual em saúde

E como último exemplo de plataformas virtuais online para busca de evidências científicas para tomada de decisão, tem-se o [Portal de Pesquisa da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde](#), um espaço de integração de vários tipos de informação da área da saúde, com o objetivo de promover a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em



saúde na América Latina e Caribe, desenvolvido e operado pela BIREME nos idiomas inglês, português e espanhol. Essa plataforma possui um link “Como pesquisar?” no canto superior direito, onde explica como pesquisar e aproveitar todo o conteúdo. Vídeos explicativos, dicas de pesquisa e cursos online também estão disponíveis para auxílio (BIREME; OPAS; OMS, 2019).

SAIBA MAIS



Um material interessante que traz uma experiência positiva sobre o uso de evidências científicas através dos meios de comunicação é o artigo **“Uso de evidências na gestão municipal da saúde: uma experiência pioneira”**, de Barreto et al., publicado em 2012 na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Outra forma de divulgação das evidências científicas pode ser feita pelos meios de comunicação, embora não seja tão abrangente, mas influencia nas decisões políticas e na opinião das pessoas. Então, você poderá utilizar o jornalismo e outros meios de comunicação implantando canais de comunicação entre os pesquisadores e os gestores, como criar e enviar boletins impressos com resumos de evidências científicas apresentadas por revisões sistemáticas (BRASIL, 2015).

PARA REFLETIR



Depois de estudar sobre a evidência científica para a tomada de decisão, você notou o quanto é importante você pesquisar dados legítimos e fiéis para se basear em suas decisões em prol da população?

Também, a promoção de cursos de capacitação para gestores e profissionais de saúde é uma ótima ferramenta para a divulgação de evidências científicas como auxílio para a

tomada de decisão. Assim, a qualificação dos gestores e de profissionais de saúde para a implementação de políticas de alimentação e nutrição é necessária para o enfrentamento dos agravos e problemas do atual cenário alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2013).

MULTIMÍDIA



Para facilitar a consulta no dia a dia, disponibilizamos para você o infográfico em pdf [“Evidências para a tomada de decisão: onde consultar?”](#) com informações sobre os locais de pesquisa. Acesse, e sinta-se à vontade para compartilhar e divulgar!

3. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Chegamos no penúltimo tópico deste capítulo, que lhe trará informações a respeito da implementação de políticas públicas voltadas para a alimentação e nutrição em seu município.

A efetiva implementação de políticas públicas na área da alimentação e nutrição passa por fatores positivos e negativos, tanto internos quanto externos, que devem ser conhecidos e analisados, pois eles constituem a base para a formulação de estratégias de intervenção necessárias para melhorar as políticas públicas na teoria e na prática. Os fatores internos podem ser divididos em forças e fraquezas, enquanto os fatores externos podem ser categorizados em oportunidades e ameaças (ou desafios).

PARA REFLETIR



Você já parou para pensar que a implementação de políticas públicas de alimentação e nutrição pode ser realizada com seu apoio e incentivo, a partir de subsídios e qualificações para os profissionais da saúde atuantes em seu município, e, com isso, levar ferramentas para a melhoria da qualidade de vida para toda a população?

O Plano Nacional de Alimentação e Nutrição de 2015-2020 (BRASIL, 2016, p. 20) cita as forças (fatores internos positivos), as fraquezas (fatores internos negativos), as oportunidades (fatores externos positivos) e as ameaças ou desafios (fatores externos negativos) referentes à implementação efetiva de políticas públicas em alimentação e nutrição.

SWOT/FOFA



Fonte: os autores.

Forças: Fatores externos e positivos.

- Existência de um documento macro de planificação, ou seja, o Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza II (DECRPII) e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) que define as prioridades e estratégias de desenvolvimento do país, no qual mostra as questões de nutrição;
- Organização da atenção nutricional em todos os níveis de atenção à saúde;
- Vontade política e quadro institucional favorável à implementação de políticas públicas no domínio da alimentação e nutrição;

- ☉ Sistema de Saúde articulado e facilidade de comunicação e interação entre as diferentes unidades de saúde;
- ☉ Aumento do número de nutricionistas no país;
- ☉ Existência de mecanismos de coordenação e articulação;
- ☉ Existência do Programa Nacional de Nutrição que coordene as intervenções neste domínio.

Fraquezas: Fatores internos e negativos.

- ☉ Poucos recursos humanos nos serviços de nutrição nas esferas nacional e local;
- ☉ Fragilidade nos mecanismos institucionais de definição, seguimento e implementação das políticas públicas de nutrição;
- ☉ Não contratar e/ou efetivar as atribuições do nutricionista nas Estruturas de Saúde (Delegacias de Saúde e Hospitais);
- ☉ Não existir um sistema articulado de informação e gestão sobre nutrição e alimentação;
- ☉ Fraca articulação entre as diferentes instituições;
- ☉ Não destinar recursos financeiros pelo Orçamento Geral do Estado ao Programa Nacional de Nutrição;
- ☉ Alta dependência de parceiros externos para a implementação das intervenções no domínio da nutrição.

Ameaças: Fatores externos e negativos.

- ☉ O funcionamento irregular do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA - atualmente extinto);
- ☉ Quadro institucional em constante mudança;
- ☉ Redução da ajuda pública ao desenvolvimento.

Oportunidades: Fatores externos e positivos.

- 🍊 Realização da implementação do novo quadro estratégico para a segurança alimentar e nutricional, segundo a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – ENSAN e seu Plano de Ação – PANSAN;
- 🍊 Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública e da Associação de Nutricionistas;
- 🍊 Existência do Sistema Nacional de Controle de Alimentos;
- 🍊 Criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA – atualmente extinto) e seu Secretariado;
- 🍊 Novo sistema de informação Sanitária em fase de implementação;
- 🍊 Parcerias com instituições e organizações.

3.1 GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Antes de ter um planejamento adequado das ações, é necessário realizar no seu município um levantamento da capacidade e distribuição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que ele possui, principalmente na Atenção Primária à Saúde, incluindo não apenas os programas de iniciativa do Ministério da Saúde, mas também os programas de iniciativa do próprio município ou coordenados pela Secretaria do Estado de Saúde (no nosso caso, a SES/MS). Isso permitirá que você identifique o que já existe e quais as lacunas assistenciais precisam ser atendidas e, assim, evitar ações repetidas (BRASIL, 2017).

Informações sobre as características demográficas e socioeconômicas do seu município, bem como a cobertura e a implantação de equipes das mais diversas ações de saúde e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) podem ser acessadas por meio da [“Nota Técnica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde”](#).

Veja aqui que tipo de informações você pode encontrar

- 🍊 Número de habitantes
- 🍊 Densidade demográfica
- 🍊 Produto Interno Bruto (PIB) per capita
- 🍊 % da população em extrema pobreza
- 🍊 % da população com plano de saúde
- 🍊 acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF)
- 🍊 cobertura e a implantação de equipes de

- Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)
- Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
- Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde (Requalifica UBS)
- Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes
- Programa Saúde na Escola (PSE)
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)
- Programa Academia da Saúde
- Consultório na Rua

Para você ter informações sobre outros pontos de assistência à saúde da população, dados epidemiológicos e de morbidade, dados da rede assistencial, estatísticas vitais e informações demográficas e socioeconômicas, basta acessar o [DATASUS](#).

Veja aqui que tipo de informações você pode encontrar

-  Produção hospitalar e ambulatorial
-  Imunizações
-  Vigilância Alimentar e Nutricional
-  Morbidade hospitalar
-  Casos de Aids e tuberculose
-  Doenças e agravos de notificação
-  Hipertensão e diabetes
-  Câncer de colo de útero e de mama
-  Estado Nutricional
-  Cadastro dos estabelecimentos de saúde (CNES)
-  Cadastro das equipes de saúde
-  Redes hospitalares e ambulatoriais
-  Nascidos vivos e mortalidade
-  Produto Interno Bruto (PIB)
-  Saneamento e educação
-  Trabalho e renda

Além do levantamento das informações do município, você também precisa saber quais são as políticas, programas, serviços, estratégias e ações públicas de saúde ofertadas pelo Ministério da Saúde, e como se deve operar cada uma delas como instrumento do Estado na garantia de direitos da população (Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável e direito à saúde), tanto para compreender e efetivar as que seu município já dispõe, quanto



para identificar quais outras adesões seriam interessantes e resolutivas para o território. Alguns exemplos são mencionados no Guia Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde, e citaremos a seguir (BRASIL, 2017):

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A VAN é utilizada para reconhecer o cenário alimentar e nutricional em que toda a população está ligada aos serviços e às equipes de Atenção Primária à Saúde, e atuar com mais proximidade aos casos mais vulneráveis e/ou críticos.

Para tanto, você, enquanto gestor, deve garantir infraestrutura e equipamentos adequados, qualificação e motivação aos profissionais de saúde para realizar as ações de vigilância nas práticas cotidianas, estruturação e organização dos processos de trabalho, possibilitar que as etapas propostas pelo ciclo de gestão e produção do cuidado sejam efetuadas.

Os técnicos responsáveis devem providenciar condições favoráveis à realização da VAN, de modo que esta faça sentido para os profissionais e gestores (BRASIL, 2017).

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)

Este programa é realizado para prevenir a deficiência de vitamina A e potencializar o desenvolvimento infantil integral e satisfatório. Mas como esse programa funciona?

Os responsáveis técnicos devem triar todas as crianças entre 06 a 59 meses de idade, baseando-se na caderneta de saúde da criança e no calendário de administração, e eleger qual a melhor estratégia de distribuição para atingir o público alvo, além de capacitar os profissionais de saúde sobre a suplementação de vitamina A, como a sua importância, a correta armazenagem, aplicação e registro.

NutriSUS

É uma estratégia para fortificar a alimentação infantil com vitaminas e minerais em pó, implantada nas creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE).

Você, junto com a sua gestão, deve traçar responsabilidades entre as secretarias de saúde e educação, definir a equipe sobre a qual ficará a responsabilidade pelo monitoramento e



avaliação, registrar o número de crianças no sistema a cada seis meses e não esquecer de emitir relatórios.

Guia Alimentar para População Brasileira

É um documento oficial do Ministério da Saúde com informações e recomendações sobre alimentação adequada e saudável, de forma a respeitar e incentivar o consumo de alimentos regionais e/ou mais acessíveis aos brasileiros.

Sua gestão deve conhecer tais informações, tanto para compartilhá-las com grupos populacionais (em unidades de saúde, entidades, escolas, entre outros) como para utilizá-las como base para políticas, programas e ações locais que tenham como foco o incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional da população.

E o que os responsáveis técnicos pelas ações de promoção da alimentação adequada e saudável de cada município devem fazer? Eles devem considerar o acesso a alimentos, a cultura local e outros pontos importantes para adaptar as orientações deste documento à realidade de cada público.

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

É realizada para capacitar os profissionais da Atenção Primária à Saúde e melhorar o processo de trabalho desses profissionais, com o propósito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos. Cabe a você, gestor (a), contatar as áreas técnicas de Alimentação e Nutrição e/ou Saúde da Criança de seu município ou estado.

O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, disponibiliza materiais impressos e facilitadores para conduzir oficinas de formação de tutores (BRASIL, 2017).

Cantinas Escolares Saudáveis

Deve ser implementada para proteger a alimentação das crianças nas escolas. De que forma isso tem que ser feito? Não expor alimentos não saudáveis, incentivar e possibilitar escolhas saudáveis para compor o lanche diário. 

O Manual de Cantinas Escolares Saudáveis e curso de EAD sobre Cantinas Saudáveis são disponibilizados pelo Ministério da Saúde para te auxiliar. Você, junto com sua gestão, também pode reforçar a promoção de espaços saudáveis, colocando esse assunto em pautas no Plano Municipal de Saúde, elaborando leis que regulamentem cantinas escolares saudáveis, e outras ações intra e intersetoriais.

O setor de saúde concede apoio, porém trata-se de uma ação voluntária, que pode ocorrer por meio de advocacy, para convencer diretores de escolas e donos de cantinas a transformarem sua cantina tradicional em cantina saudável (BRASIL, 2017).

Prevenção e controle da obesidade e doenças crônicas

É realizada para traçar e organizar a rede de serviços e equipes da linha de cuidado, bem como suas ações, com a finalidade de apoiar a população com o controle do sobrepeso e da obesidade local e regional, por meio da articulação da gestão com a Secretaria de Estado de Saúde, e a Rede de Atenção à Saúde local e regional.

Linhas de Cuidado consistem em um modelo de organização do serviço e das ações desenvolvidas nos diversos pontos de atenção da RAS (nos três níveis: primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, que articula recursos e práticas entre os atores dos diferentes pontos de atenção da RAS e define fluxos de referência e contra referência para garantir o cuidado integral, e que podem considerar a estratificação clínica, de risco, ou outras para definir as ações (BRASIL, 2017).

Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade

Esta estratégia é implementada para prevenção, controle e enfrentamento da obesidade na população brasileira, por meio de ações articuladas e intersetoriais de promoção da alimentação adequada e saudável e da prática de atividade física.

A obesidade é um problema social que apresenta aspectos morais e impacto na saúde e na qualidade de vida do indivíduo, pautado em 6 grandes eixos de ação (BRASIL, 2017).

Ela é implementada a partir da disponibilização de acesso a (BRASIL, 2017, p. 26):

- ☉ alimentos adequados e saudáveis;
- ☉ educação, comunicação e informação;
- ☉ promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/ territórios;
- ☉ Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população;
- ☉ atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade;
- ☉ regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos.

Programa Academia da Saúde

Este programa é utilizado para a promoção da saúde, produção do cuidado e de hábitos saudáveis na população, por meio da implantação de polos com espaço físico, infraestrutura e profissionais aptos ao desenvolvimento das atividades. São estes os oito eixos principais, a serem implantadas e adaptadas aos locais (BRASIL, 2017, p. 27):

- ☉ práticas corporais e atividades físicas;
- ☉ promoção da alimentação saudável;
- ☉ mobilização da comunidade;
- ☉ educação em saúde;
- ☉ práticas artísticas e culturais;
- ☉ produção do cuidado e de modos de vida saudável;
- ☉ práticas integrativas e complementares;
- ☉ planejamento e gestão.

Primeiramente entender o que é o Programa, analisar a necessidade e o contexto local, ver a disponibilidade de terrenos, e então articular com um parlamentar que indicará a emenda para o município. Você e os técnicos responsáveis devem acompanhar e monitorar as propostas via sistemas de informação. Após conclusão do polo, a gestão deve planejar e realizar atividades que incentivem modos de vida saudáveis (BRASIL, 2017).

MULTIMÍDIA



No site da [Secretaria de Atenção Primária em Saúde](#), você encontrará maiores informações sobre esse tema acessando em “Ações, Programas e Estratégias”.

A maior parte das políticas públicas no âmbito da alimentação e nutrição está ligada à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que atualmente é a principal política pública de alimentação e nutrição do país. Ela é transversal a outras políticas públicas de saúde (como a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica e a PNPS - Política Nacional de Promoção à Saúde).

A PNAN é uma estratégia oportuna e específica do SUS, que auxilia na reorganização, qualificação e aperfeiçoamento das ações planejadas com vistas a enfrentar a situação alimentar e nutricional da população brasileira considerando sua complexidade, promovendo a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida (BRASIL, 2013).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

Você sabia que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi implantada no país em 1999, a partir de um conjunto de políticas públicas com vistas a respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação?

Acontece que, por conta das mudanças em nossa sociedade, a PNAN foi atualizada após dez anos de sua publicação. E, para que isso acontecesse, diversas mudanças e ações precisaram ser levadas à cabo.

Assista ao vídeo a seguir para compreender como se deu esse processo.



ASSISTA AO VÍDEO

[A Política Nacional de Alimentação e Nutrição](#)

MULTIMÍDIA



Você pode consultar a [Política Nacional de Alimentação e Nutrição \(PNAN\)](#) na íntegra online ou mesmo fazer o download do material em pdf. Basta acessar o link!

4. GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA NO

SETOR PÚBLICO PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Para que a alimentação e nutrição adequadas sejam acessíveis à população, é preciso que você, gestor(a), promova estratégias de financiamento tripartite para a implementação das diretrizes da PNAN, podendo-se destacar (BRASIL, 2013):

- ☉ Compra e distribuição de insumos como forma de prevenir e tratar carências nutricionais;
- ☉ Fornecimento de infraestrutura e equipamentos para realizar as ações de vigilância alimentar e nutricional nos serviços de saúde;
- ☉ Garantia de educação permanente sobre alimentação e nutrição aos profissionais de saúde; e
- ☉ Garantia de condições de trabalho na atenção nutricional no SUS.

É importante que você saiba que o Ministério da Saúde repassa incentivo financeiro como parte do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS para auxiliar na implementação da PNAN nos estados e municípios.

FIQUE ATENTO



Os programas e ações para promover a saúde por meio da alimentação e nutrição que competem ao município precisam pertencer aos instrumentos de planejamento do SUS, como o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, com suas devidas prestações de contas (BRASIL, 2017).

O Financiamento de Alimentação e Nutrição (FAN) tem como característica o recurso de custeio, fundo a fundo através do bloco de financiamento de Gestão do SUS, e compõe a implantação de ações e serviços de saúde com repasse anual para a organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, com foco na Atenção Primária a Saúde, apoiando também a estruturação e qualificação das ações de alimentação e nutrição no SUS, unindo estratégias de promoção à Segurança Alimentar e Nutricional e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (BRASIL, 2017).

É a [Portaria nº 1.738/GM/MS](#), de 19 de agosto de 2013, que estabelece o recurso financeiro para as ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual e municipal e, por isso você, que está na gestão municipal, precisa identificar quais repasses foram feitos e a disponibilização do valor dos recursos contidos no Fundo Municipal de Saúde.

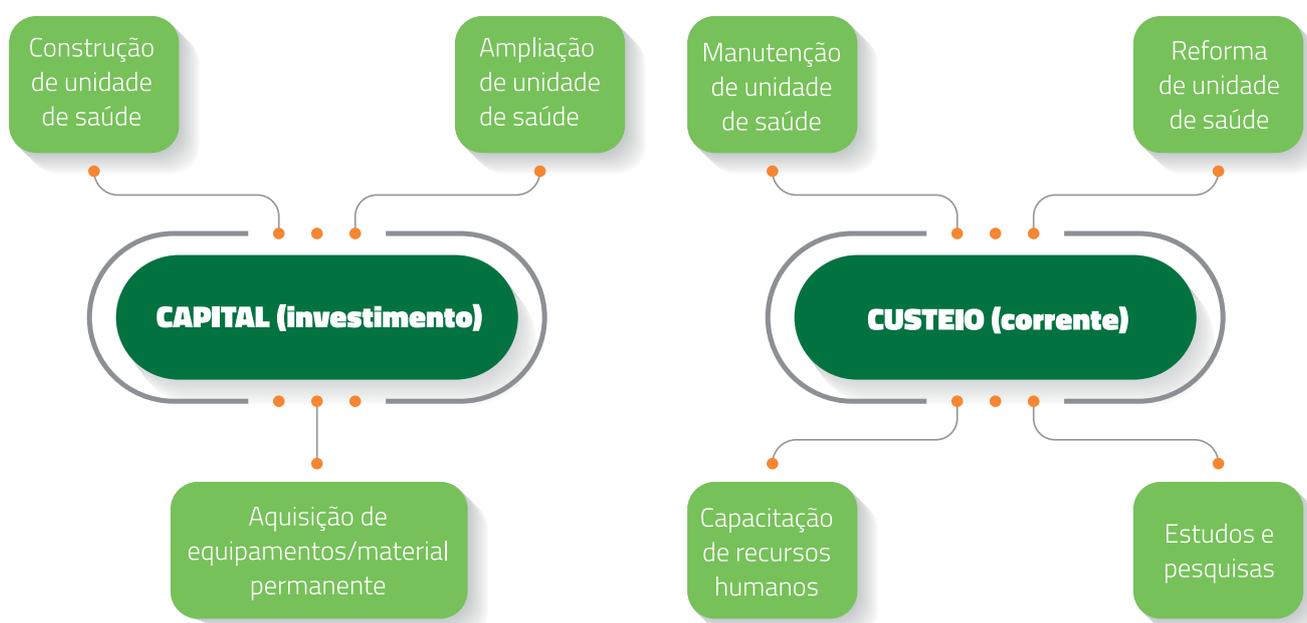
MULTIMÍDIA



Informações sobre o incentivo financeiro à PNAN podem ser pesquisadas e verificadas no site de [consulta do Fundo Nacional de Saúde](#).

Há dois tipos de objetos financiáveis: os de “capital” e os de “custeio”. Entende-se por capital tudo o que compõe bens para a instituição, como construir uma nova obra; e entende-se como custeio tudo o que ajuda a melhorar para que a instituição funcione corretamente, como uma reforma predial e capacitação aos profissionais (BRASIL, 2019). Observe nas imagens a seguir quais são esses objetos.

Esquemas de objetos financiáveis de capital e custeio



4.1 OBTENÇÃO DE RECURSOS POR MEIO DE EMENDA PARLAMENTAR

Para começar a entender sobre este assunto, é interessante saber que os recursos fornecidos pela União são repassados para os órgãos e as entidades públicas como os estados, o Distrito Federal, municípios ou instituições privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse entre as partes. As dotações orçamentárias destinadas às transferências de recursos são alocadas no Orçamento Geral da União e podem fornecer emendas parlamentares (BRASIL, 2019).

Você sabe o que é uma emenda parlamentar? É a dotação orçamentária que o Poder Legislativo participa e influi no Orçamento Geral da União com a finalidade de melhorar as propostas encaminhadas pelo Poder Executivo (BRASIL, 2019).

SAIBA MAIS



É o Ministério da Saúde que realiza o processamento das emendas destinadas à saúde de acordo com a legislação vigente. Para saber mais sobre as formas de utilizar os recursos financeiros para a promoção dos programas de saúde, consulte a **“Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde”**, que tem como objetivo orientar tanto os parlamentares como os gestores estaduais e municipais e prestadores de serviços do SUS a acessar informações sobre os recursos federais, conhecer os programas e as ações disponíveis, bem como saber quais modalidades de repasses e critérios são necessários para garantir a transparência durante este processo.

Os recursos conquistados por emendas parlamentares, segundo o parágrafo único do Art. 1º da [Portaria nº 395, de 14 de março de 2019](#) poderão ser destinados a (BRASIL, 2019):

- 🍊 Incremento temporário dos Tetos de Média e Alta Complexidade - Teto MAC e do Piso de Atenção Básica - PAB, nos termos do Capítulo II [...];
- 🍊 Financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192 e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, nos termos do Capítulo III [...];
- 🍊 Financiamento do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo, nos termos do Capítulo IV [...]; e
- 🍊 Financiamento de ambulâncias de transporte tipo "A" destinadas à remoção simples e eletiva no âmbito do SUS.

NA PRÁTICA



O Programa Academia da Saúde é um exemplo prático de tudo o que estamos estudando. Ele tem como objetivo promover uma vida mais saudável por meio da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados para desenvolver atividades físicas, práticas corporais, alimentação saudável, práticas artísticas e culturais, entre outras atividades. Esse programa só pôde ser implantado por meio de Emendas Parlamentares vindas do Ministério e o valor de repasse varia conforme a modalidade do polo a ser construído (BRASIL, 2017).

E então, você percebeu o quanto é importante estar engajado para conseguir e usar o financiamento das ações de saúde em seu município, a fim de promover a saúde na Atenção Primária?

Neste primeiro capítulo, você pôde aprender um pouco mais sobre o histórico, origem, conceitos, ciclos e etapas para uma boa gestão de políticas públicas, principalmente aquelas ligadas à alimentação e nutrição. Estas políticas públicas são as melhores ferramentas para a prevenção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como a obesidade, pois ao serem realizadas, auxiliam na melhoria do estado alimentar e nutricional, refletindo diretamente no estado de saúde da população de seu município.

Este capítulo permitiu mostrar a importância que as evidências científicas trazem para a tomada de decisão, e como você deve utilizá-las, seja por plataformas digitais como por meios de comunicação *in loco*.

Você conheceu algumas políticas, programas, serviços, estratégias e ações públicas de saúde e como você, enquanto gestor(a), pode promovê-los para garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável e o Direito à Saúde, com foco principal nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Não podemos esquecer que você pôde aprender princípios básicos de gestão orçamentária e financeira como forma de garantir o direito à saúde para a população, principalmente por meio de emendas parlamentares.

Assim, pode-se constatar que os municípios têm um importantíssimo papel na gestão dos programas e ações ligados a políticas públicas de saúde, devendo adaptar estes programas e ações de acordo com o perfil epidemiológico, cultural e social da sua população, de forma que os torne mais reais à sua rede de Atenção Primária.



Referências bibliográficas do capítulo

BARRETO, J. O. M. *et al.* Curso 'Uso de evidências na gestão municipal da saúde': uma experiência pioneira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 122-126, abr./jun. 2012. DOI: 10.5712/rbmfc7(23)424. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/879990/424-2788-3-pb.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil**. [2019]. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/>. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Portal da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. [2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015 – 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 74 p. Disponível em: <https://www.minsaude.gov.br/index.php/documentosite/331-plano-nacional-alimentacao-e-nutricao-2015-2020/file>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Relatórios de Acesso Público**. [2019]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 38 p. Disponível em: <http://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_politicas_alimentacao_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União: sessão 1, Brasília, DF, p. 89, 18 nov. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 395, de 14 de março de 2019**. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2019. Diário Oficial [da] União: sessão 1, edição extra, Brasília, DF, 15 mar. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-395-de-14-de-marco-de-2019-67216895>. Acesso em: 24 set. 2019

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA *et al.* **Avaliação de Políticas Públicas**: Guia prático de análise ex post. v. 2. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. 301 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em: 25 fev. 2020.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)** – Informação e Conhecimento para a Saúde. [2019]. Disponível em: <https://bvsalud.org/>. Acesso em: 17 set. 2019.

EPISTEMONIKOS FOUNDATION. **PDQ-Evidence**. [2019]. Disponível em: <https://www.pdq-evidence.org/pt>. Acesso em 17 set. 2019.

GARRAUD, P. Agenda/emergence. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. (Org.). **Dictionnaire des politiques publiques**. Paris: Presses de la Fondation National des Sciences Politiques, 2004. p. 49-50.

GIANEZINI, K. *et al.* Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. **Revista de**

Políticas Públicas, São Luís, v. 21, n. 2, p. 1065-1084, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v21n2p1065-1084>. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8262>. Acesso em: 24 fev. 2020.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. **The policy orientation**. Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, 1981.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integral**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 328 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **Alimentando Políticas**. [2019]. Disponível em: <https://alimentandopoliticas.org.br/>. Acesso em: 17 set. 2019.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. da. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306, jan./mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811624>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0296.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

RONCARATTI, L. S. **Cadernos de Políticas Públicas**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Vestcon:Brasília, 2008.

SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas: Coletânea**. v. 2. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2006. 131 p. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3133/1/Coletanea_pp_v2.pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.

THOENIG, J. L'analyse des politiques publiques. In: GRAWITZ, M; LÉCA, J. **Traité de Science politique: Les politiques publiques**. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), v. 4, p.1-60, 1985. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/Leca_Jean/traite_de_sc_pol_t4/traite_de_sc_pol_t4-01_IMAGE.pdf. Acesso em: 24 fev. 2020.

VILLANUEVA, L. F. A. **La hechura de las políticas**. 1. ed. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 1992. 434 p. Disponível em: <http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Políticas-Publicas/QL-vT7L41Vk.pdf.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

CAPÍTULO II

GESTÃO COM FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NA APS



Bruna Paola Murino Rafacho
Anderson Leão Nogueira Holsbach
Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Neste capítulo, vamos falar sobre como administrar e em que espaços negociar as metas, as ações e o repasse de recursos para o enfrentamento e controle da obesidade. Para isso, veremos como o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza dentro das diferentes esferas de governo, e onde as políticas são debatidas e definidas.

Veremos, ainda, como fazer o diagnóstico da situação no seu local de atuação, de modo a ajudar a definir que medidas tomar para enfrentar o problema da obesidade de forma realista e efetiva. Por fim, apresentaremos como usar o Fundo de Alimentação e Nutrição, uma ferramenta alternativa de financiamento para apoiar as ações em seu município.

1. ORGANIZAÇÃO E GOVERNANÇA DO SUS E SEUS ESPAÇOS DE CONCERTAÇÃO/PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. O sistema é responsável por procedimentos simples (chamados de baixa complexidade ou tecnologias leves - como a medida de pressão arterial e oferecidos pela Atenção Primária) até tratamentos complexos, como transplante de órgãos e técnicas de ponta (chamados de serviços de alta complexidade ou tecnologias duras).

Entender como e onde cada tipo de serviço está organizado e como administrar cada uma dessas ações garante o bom funcionamento e a solução dos problemas de saúde da população e a promoção de saúde para todos.

Neste tópico, você será capaz de entender a organização do SUS e as responsabilidades de todas as esferas de governo - municípios, Estados e Governo Federal, além de reconhecer que a gestão das ações deve ocorrer de maneira compartilhada e solidária, de forma a compor ações e serviços da Atenção Primária, de média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e assistência farmacêutica.

1.1 O SUS E O TRABALHO EM REDE

A nossa Constituição Federal de 1988 estabelece que a organização do SUS é caracterizada pela ação e responsabilidades das três esferas de governo, cada qual com autonomia e responsabilidades na gestão das políticas públicas. Esse desenho tem por objetivo gerar um Estado descentralizado, que permita a participação das populações locais e estimule o trabalho conjunto e o compartilhamento de recursos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios - ou seja, estimular a formação de um arranjo cooperativo.

De modo geral, a maior parte das responsabilidades é exclusiva da União (BRASIL, 1990a, 2016a). Especificamente no setor de saúde, a Constituição de 1988 deu a base legal para a criação do SUS.

FIQUE ATENTO



A criação do SUS é um marco histórico, juntamente com a reforma sanitária, pois o conceito do SUS foi elaborado a partir dos anseios da comunidade para que o direito humano à saúde fosse garantido dentro da Constituição Cidadã.

Ao se falar em saúde, a sua promoção é uma ferramenta fundamental, que vai além de curar doenças e problemas já existentes. É importante que a promoção à saúde ocorra de maneira conjunta com as demais políticas e tecnologias do sistema de saúde. Para isso ser alcançado, o gestor deve conhecer a realidade onde está inserido e as ferramentas do sistema de saúde em todas as esferas - de forma a fazer um trabalho em rede.

FIQUE ATENTO



O trabalho em rede deve ainda estar somado à participação da sociedade civil, com o planejamento das ações em saúde baseado, e vivenciadas pela população local, de modo a garantir que as ações sejam capazes de mudar os fatores que podem determinar a saúde - trabalho, moradia, alimentação, transporte, saneamento, educação, cuidado, lazer, cultura e acesso a serviços.

A alimentação adequada e saudável é um dos pilares da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e dá base para as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), ferramenta importante na prevenção de agravos e de promoção à saúde (BRASIL, 2010a, 2013). O principal objetivo dessas políticas é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde (BRASIL, 2010a, 2013).

NA PRÁTICA



Um exemplo do trabalho em rede é a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), que deve prever o manejo do indivíduo obeso desde a Atenção Primária à Saúde (APS), passando pela atenção ambulatorial até a atenção hospitalar especializada. Se a localidade não possuir hospital capaz de realizar a cirurgia bariátrica, por exemplo, o gestor deve buscar ferramentas locais para superar esse obstáculo.

Para atingir o objetivo de trabalhar em rede com estratégias efetivas, é vital conhecer a organização do SUS, bem como os espaços onde as metas e ações são planejadas e pactuadas.

1.2 A ORGANIZAÇÃO DO SUS

Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a, online), o SUS se organiza da seguinte forma:



A direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente [...]

A Lei descreve também que no SUS os municípios podem se organizar em distritos “de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde [...]” (BRASIL, 1990a, art. 10º, par. 2º). A divisão em distritos objetiva melhorar a administração dos recursos e ações, já que procura agrupar espaços onde a população tenha necessidades e características sociais e epidemiológicas semelhantes, garantindo, assim, o funcionamento do SUS.

1.2.1 COMISSÕES INTERSETORIAIS

São comissões formadas pelos Ministérios e demais órgãos de saúde, além de representantes da sociedade civil. As comissões atuam no âmbito nacional e devem responder ao Conselho



Nacional de Saúde (CNS) - integrante da estrutura do Ministério da Saúde e que tem o papel de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde.

As Comissões previstas na Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/1990, são:

-  Alimentação e Nutrição;
-  Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia;
-  Recursos Humanos;
-  Ciência e Tecnologia;
-  Saúde do Trabalhador; e
-  Comissão de Orçamento e Finanças (BRASIL, 1990a, art. 13º, online).

NA PRÁTICA



Um exemplo da comissão intersetorial é a Comissão Intersectorial de Saúde Mental, instituída em 1999 para acompanhar a Política Nacional de Saúde Mental. A Comissão acompanha a implementação das Leis que protegem e garantem o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, e direciona o modelo da assistência em saúde mental.



ASSISTA AO VÍDEO

[O SUS e a Lei nº 8080 de 1990](#)

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre a Lei nº 8080/90, [acesse o site do Planalto](#), no qual é possível ler o texto na íntegra.

1.2.2 A ADMINISTRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - COMISSÕES INTERGESTORES

É importante ressaltar que o SUS é um conjunto de ações e serviços, através da união de diversos setores que irão compor promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como pensado na concepção da nossa Constituição Federal, e serão executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta.

As ações de planejamento e negociação entre os entes federativos (União, Estado e Regionais) para definição das regras da gestão compartilhada do SUS ocorrem nas Comissões Intergestores, que são os espaços intergovernamentais, políticos e técnicos (BRASIL, 1990a, online).

As comissões estão divididas da seguinte forma, como descrito no parágrafo único da Lei 8080 (BRASIL, 1990a, online) e incluído pela Lei nº 12.466, de 2011:



- I - a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- III - a Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

1.2.3 FUNÇÃO DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE E TRIPARTITE (CIB E CIT)

Como descrito no parágrafo único da Lei 8080 (BRASIL, 1990a, online) e incluído pela Lei nº 12.466, de 2011, as funções das CIB e CIT são:



- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, conforme a definição da política de planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

A CIB é o espaço estadual construído com os Secretários Municipais de Saúde de todo o estado para orientar e avaliar a descentralização da saúde prevista na Constituição Federal.

Essa comissão é formada por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário Estadual da Saúde, e por secretários municipais de Saúde, que são indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

FIQUE ATENTO



Os integrantes da CIB podem debater os temas estratégicos antes de apresentar suas posições na CIB. O gestor municipal em saúde deve procurar o COSEMS de seu estado e discutir, ali, questões que serão levadas à CIB.

Com base nos conceitos apresentados, podemos concluir que o modelo de saúde brasileiro adota um sistema universal, de acesso gratuito e integral, com governança em três partes - ou tripartite, garantidos constitucionalmente. Cada parte tem tarefas específicas, mas deve trabalhar de maneira articulada, de forma a proporcionar os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011b).

Agora que sabemos como se organiza nosso sistema de saúde, vamos saber mais sobre a responsabilidade de cada nível de organização? O infográfico a seguir resume as competências de cada esfera de governo:



Fonte: Brasil (2016a).

1.3 ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO MUNICIPAL

No SUS, os Municípios possuem o contato mais direto com a população. Por essa razão, os gestores municipais têm a tarefa de fazer a prestação direta de todas as ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, quando possível, de média e alta complexidade. Suas principais atribuições são:

-  executar os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária;
-  alimentação e nutrição;
-  saneamento básico;
-  saúde do trabalhador;
-  gerenciar e implementar o uso de toda a matéria-prima, equipamentos, recursos financeiros e horas de trabalho em saúde;
-  controlar e fiscalizar os procedimentos realizados pelos prestadores privados de saúde, se houver parceria;
-  planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde prestados;
-  alimentação de bancos de dados para gerar os indicadores de saúde, além de fazer a captação dos recursos e a prestação de contas.

Esses indicadores são o retrato da situação do local, e são de extrema importância para identificar as necessidades da população atendida (BRASIL, 2016a). Neste sentido, a gestão municipal mais eficiente deve conhecer a realidade e demandas de seu território, de forma a garantir melhor resolutividade dos problemas.

A realização de todas essas responsabilidades deve estar de acordo com a PNPS e a PNaN. Portanto, vamos conhecer as atribuições especificadas em cada política proposta. Dentro da PNPS, cabe aos municípios identificar as necessidades de saúde de seus locais, e pactuar as competências e ações junto às Secretarias Estaduais (BRASIL, 2010a).

É de responsabilidade dos municípios:

-  Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
-  Criar grupos de referência e/ou matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde, oferecendo estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;
-  Participar efetivamente nas iniciativas dos gestores federal e estadual;
-  Promover a capacitação e educação permanente e meios para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde, de acordo com a realidade local;
-  Viabilizar financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;
-  Realizar oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na Atenção Básica;
-  Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;
-  Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
-  Envolver todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, considerando os determinantes e condicionantes da saúde;
-  Reforçar a ação comunitária nos canais de participação de decisões, respeitando as diversas identidades culturais;
-  Elaborar materiais de divulgação de informação em saúde e ações de promoção da saúde;
-  Divulgar os resultados das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2010a, p. 25-27).

Em relação à PNAN, cabe aos municípios colocá-la em prática. Para isso, as secretarias municipais de saúde devem ter algumas responsabilidades:

- 🍓 Respeitar suas diretrizes e adequar as ações de acordo com a realidade e perfil de doenças do local;
- 🍓 Elaborar o plano de ação nos municípios: prioridades, objetivos, estratégias e metas;
- 🍓 Destinar recursos municipais para complementar o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde;
- 🍓 Monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar nos sistemas de informação da saúde;
- 🍓 Organizar e promover a capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;
- 🍓 Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social que existirem no município;
- 🍓 Buscar parcerias com demais atores, por exemplo, organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, considerando sempre as necessidades da população e riscos, de forma a pôr em prática as diretrizes de segurança alimentar e promoção da saúde (BRASIL, 2013, p. 59-60).

Agora que conhecemos a organização do SUS dentro de cada esfera de governo, bem como a responsabilidade dos municípios, vamos descobrir como funciona a governança do SUS!

1.3.1 GOVERNANÇA NO SUS

Vamos aprofundar um pouco mais seu conhecimento sobre a governança no SUS e de que maneira são articuladas as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - quando falamos de saúde.



OUÇA O PODCAST

[Governança no SUS e articulação das três esferas de governo](#)

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre a gestão do SUS, seus espaços de governança e a Atenção Primária, não deixe de acompanhar o site do Ministério da Saúde. Algumas publicações interessantes sobre o tema são:

<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus>

<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>

<http://aps.saude.gov.br>

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

Agora que você já sabe tudo sobre governança no SUS, vamos aprofundar seu conhecimento sobre a formação dos Conselhos de Saúde.

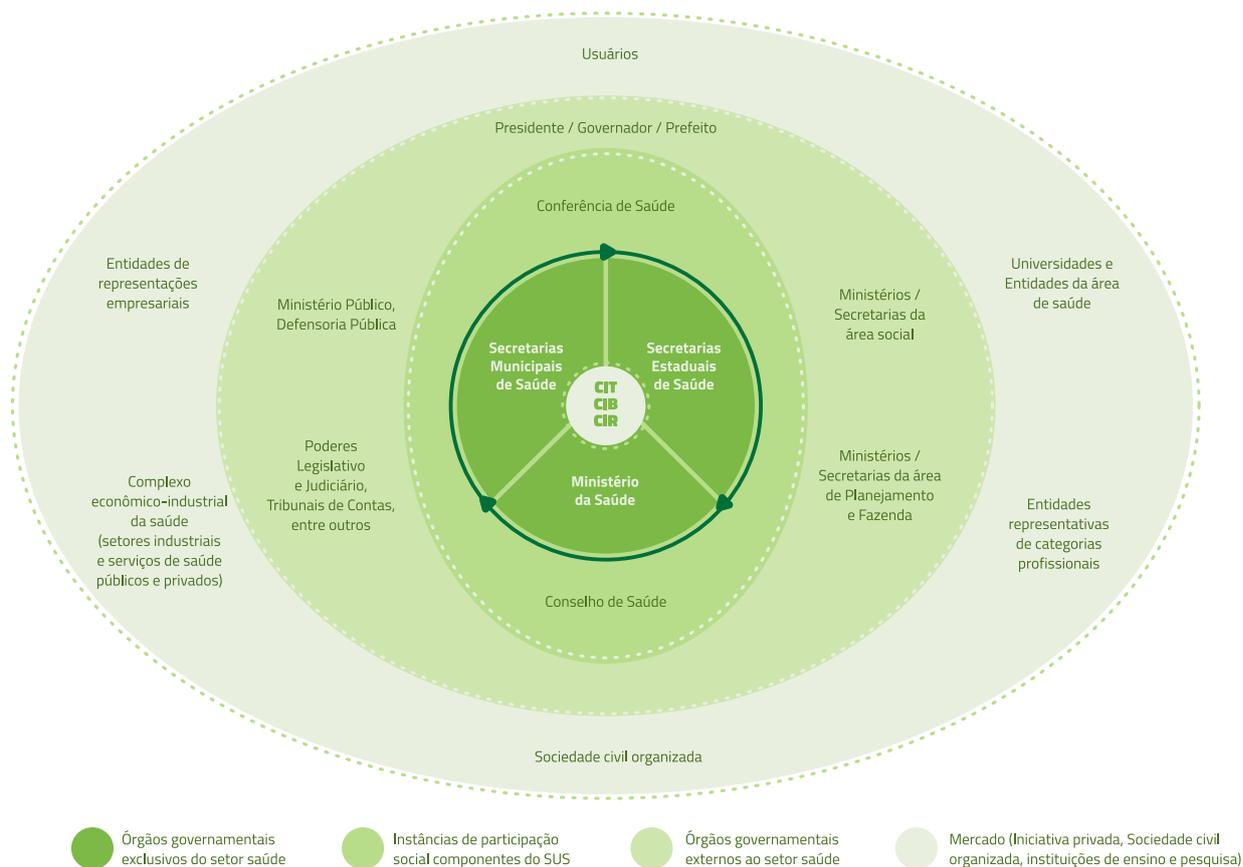
1.3.2 FORMAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os conselhos fazem parte da estrutura de organização do Poder Executivo. Eles formam um órgão colegiado, permanente e deliberativo. São compostos por representantes do governo, dos usuários do SUS, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços, sendo 25% das vagas para os trabalhadores da saúde e 25% para os gestores e prestadores da saúde. As decisões do conselho são homologadas pelo chefe do Poder Executivo correspondente.

As conferências de saúde são debates que ocorrem periodicamente sobre a saúde no país, apontando as diretrizes para formular as políticas de saúde na gestão municipal, estadual e nacional. As conferências são convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde da respectiva esfera de governo. As conferências municipais precedem as estaduais e, essa, a nacional e é composta pelos diversos segmentos sociais do setor saúde (BRASIL, 2016a).

O diagrama abaixo resume onde e como são declaradas as escolhas do governo e da sociedade no tocante à saúde coletiva, mostrando as relações entre as representações federativas e a governança no SUS (BRASIL, 2016a).

O Papel das Relações Federativas na Governança do SUS.



Fonte: Manual de Planejamento no SUS - Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, 2016 (BRASIL, 2016a, p. 46).

A governança federativa do SUS conta com a presença de diferentes atores sociais ou políticos:

- 🍓 a sociedade civil, ator que leva a demanda e suas necessidades reais aos gestores;
- 🍓 o setor privado, as instituições de ensino e pesquisa, os poderes Legislativo e Judiciário, os órgãos de controle, fiscalização e defesa dos direitos e outros órgãos do Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento, atores que executam as tarefas deliberadas e pactuadas.

PARA REFLETIR



Você, gestor, concorda com essas afirmações sobre a governança federativa do SUS? Você percebe essa atuação de diferentes atores sociais e políticos no seu dia a dia?

2. PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO QUANTO À LINHA DE CUIDADO DA OBESIDADE NO MUNICÍPIO

Agora que ficou evidente como o SUS se organiza, é preciso fazer apropriação de algumas ferramentas existentes para conhecer o território e, assim, propor melhores iniciativas para o enfrentamento e controle do excesso de peso. Essas ferramentas incluem desde a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) na APS, até tratamentos com intervenções cirúrgicas realizados nos serviços de alta complexidade.

O primeiro passo para melhor delinear as ações de enfrentamento e controle do excesso de peso está conhecer o perfil do estado nutricional da população. Isso pode ser alcançado por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O SISVAN é o único sistema do SUS/APS que possibilita obter dados de antropometria e consumo alimentar da população do território adscrito, sendo imprescindível para o processo ao qual este trabalho se propõe.

A partir do diagnóstico da sua localidade ou região, é possível traçar metas mais reais e adequadas para sua realidade, economizando recursos e trazendo medidas mais efetivas para enfrentar o excesso de peso e as doenças relacionadas. As linhas de cuidado, em especial a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, são medidas importantes e serão abordadas ao final deste tópico.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, ferramenta

imprescindível para tomada de decisões



Fonte: os autores.

2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Uma importante ferramenta na gestão do SUS é a vigilância em saúde, e ela vai te ajudar a tomar decisões pautadas em dados do seu próprio serviço, gestor. Ela reúne várias ações e ferramentas que podem analisar a situação de saúde do seu município, e te ajudar a organizar a atenção na APS. A vigilância em saúde deve fazer parte do dia a dia das equipes de APS e está prevista nas principais políticas de saúde do país (BRASIL, 2015a).

FIQUE ATENTO



A vigilância em saúde se concretiza por meio da coleta e registro de dados chamados indicadores de saúde, ou seja, medidas que contêm informações sobre atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde. Assim, esses indicadores refletem a situação de saúde de uma população e servem para a vigilância dessas condições de saúde. Quando os indicadores de saúde são gerados e monitorados de forma regular, se tornam fundamentais para a gestão

Quando pensamos em Vigilância em Saúde, é necessário que a gente pense em tudo que pode interferir nela, e como estamos falando em enfrentamento e controle da obesidade, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) será uma importante ferramenta de auxílio no nosso trabalho como gestão. A VAN servirá de apoio às ações de promoção da saúde e deve ser adotada na prática dos profissionais da área da saúde e na rotina de administração dos gestores do SUS, com o objetivo de aumentar a qualidade da assistência à população.

Além disso, a alimentação sendo um determinante da saúde, a avaliação do estado nutricional torna-se imprescindível para a assistência e para promoção da saúde, e deve ser fortalecida como ferramenta de gestão (BRASIL, 2011a).

As informações coletadas para produzirem os indicadores da Vigilância Alimentar e Nutricional são:

-  data de nascimento;
-  sexo;
-  peso;
-  altura;
-  dados de aleitamento materno; e
-  algumas doenças associadas ao aspecto nutricional.

Também são coletadas informações sobre o consumo de alimentos, de modo a traçar a situação alimentar das populações, produzindo informações importantes para o entendimento do enfrentamento e controle da obesidade (BRASIL, 2011a).

Uma das etapas para se conhecer o estado nutricional é medir os indicadores antropométricos, ou seja, as medidas corporais como peso e altura. Essa avaliação é a mais adequada e viável para ser adotada em serviços de saúde, por apresentar muitas vantagens, como baixo custo, a simplicidade de realização, a facilidade de aplicação e padronização, amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva. Pode ser feita em todas as fases da vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional.

FIQUE ATENTO



O uso dos indicadores antropométricos é ainda mais interessante por ser bem disseminado em todo o mundo, facilitando a troca de informações e comparações sobre a situação nutricional de indivíduos ou populações em diferentes regiões, permitindo traçar o perfil nutricional dos grupos em situação nutricional mais vulnerável por faixas etárias, regiões, ou em nível nacional, e até mesmo internacional (BRASIL, 2011a). O SISVAN permite conhecer o perfil de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

A próxima etapa prevê o monitoramento das práticas de consumo alimentar, que, conjuntamente com o diagnóstico da situação nutricional, vai oferecer ferramentas para o planejamento e a organização do cuidado da população em saúde. Esses dados vão nos abrir portas para melhorias no trabalho dos profissionais de saúde que atuam no SUS, bem como no avanço de formulação de políticas e ações de alimentação e nutrição, com base na sua população atendida (BRASIL, 2015b).

Transformar em rotina da APS a avaliação do consumo alimentar, é uma boa iniciativa estratégica em saúde, podendo potencializar as demais ações de prevenção e de tratamento realizadas no cotidiano dos serviços. Entretanto, há de se considerar que esse tipo de avaliação não é exclusiva de apenas um profissional, que foram desenvolvidos marcadores simples de serem coletados que demonstram boa parte do nosso perfil de consumo, sendo essa informação suficiente na APS para intervenções de sucesso (BRASIL, 2015b).

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o uso dos marcadores de consumo alimentar na rotina da Atenção Primária em Saúde, acesse o link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

Mas agora, de posse dessas informações e compreendendo a importância da VAN e como ela pode contribuir para um melhor processo de trabalho, como aplicá-la e inseri-la na rotina do serviço?

Primeiramente, é necessário dar as ferramentas para que trabalhadores colem e registrem esses dados de maneira sistemática, incluindo essas etapas no processo de trabalho das Unidades.

Em seguida, o gestor deve organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, e, a partir das suas necessidades, organizar os serviços prezados à comunidade. A esse processo dá-se o nome de territorialização. Isso é muito importante, pois nem sempre um modelo de trabalho organizativo funcionará em territórios distintos, afinal, os territórios são extremamente diferentes uns dos outros, ou seja, uma forma de organização dos serviços que funcione muito bem em determinado local pode dar muito errado em outro. E o serviço deve se adaptar para atender à necessidade real da comunidade, levantada através das ferramentas apresentadas (REDE HUMANIZA SUS, 2016).

FIQUE ATENTO



É preciso compreender também que um novo modelo de organização dos serviços de saúde do SUS está sendo implementado e a esse processo dá-se o nome de Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo principal da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas (BRASIL, 2015c).

Esse processo organizativo em redes fica mais claro de ser compreendido ao visualizar a figura adiante:

Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Adaptado de http://sigasaude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/slide_32.jpg

A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010b) estabeleceu que o SUS seria organizado em cinco redes temáticas prioritariamente e sua implantação seria pactuada nas regiões de saúde pertinentes no país. Aqui neste capítulo, gestor, vamos focar na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que trata do excesso de peso e demais DCNTs, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e que é o foco principal no nosso enfrentamento e controle da obesidade (BRASIL, 2015c).

A Portaria GM/MS nº 483, de 1o de abril de 2014, aponta que é de competência dos Entes Federados, da União, dos estados e dos municípios, por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde, do Distrito Federal e dos municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação, garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças/condições crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário, garantindo

financiamento tripartite (no próximo tópico serão apresentados recursos que possibilitam a realização desta recomendação), elaborar e desenvolver estratégias de comunicação e efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas.

FIQUE ATENTO



As RAS estão estruturadas em Linhas de Cuidado, dentre as quais, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, cabe destacar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), visto que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças, e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional, que acomete a população brasileira de forma crescente, em todas as fases do curso da vida (BRASIL, 2015c). Abordaremos a LCSO, de maneira mais detalhada, no Capítulo V deste livro.

NA PRÁTICA



São exemplos de atividades que podem ser desenvolvidas em seu município para a prevenção e controle da obesidade de formas simples e baratas para gestão:

- Organizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (como vamos ver no Capítulo III), a partir da avaliação do peso e da estatura e da avaliação do consumo alimentar;
- Ações em grupos de apoio como o EmagreSUS e grupos de caminhadas nas Academias da Saúde;
- Promover as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e atividade física no espaço da Academia da Saúde;

- Promover, nos diversos espaços da comunidade, ações de PAAS: utilizar os equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional do território (feiras, restaurantes populares, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, Central de Abastecimento Municipal) ou incentivar sua implantação;
- Realizar ações de alimentação saudável e atividade física nas escolas e creches públicas e privadas, fazendo uso da iniciativa Programa Saúde na Escola (PSE);
- Definir protocolos municipais de metas individuais e prescrição dietética para o indivíduo retornar ao IMC adequado, quando necessário, após a avaliação da equipe de apoio matricial na APS.

3. O USO DO FUNDO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

PARA PROMOVER A ALIMENTAÇÃO

ADEQUADA E SAUDÁVEL

Antes de tratar especificamente de recursos financeiros, é importante destacar que o SUS consolidou a saúde um direito de todo cidadão. A Constituição Federal assume como compromisso primordial a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O processo de planejamento e orçamento do SUS deve envolver as três esferas de governo. Existem diferentes formas de financiamento do SUS - chamados blocos de financiamento. O Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) constitui importante ferramenta entre os incentivos de custeio voltados para a agenda da Alimentação e Nutrição. O FAN é lançado anualmente por meio de Portarias do Ministério da Saúde. Assim, neste tópico o gestor poderá identificar as formas de financiamento das ações, com foco no enfrentamento e controle da obesidade.

FIQUE ATENTO



Em se tratando de recursos, vale destacar que foi lançada a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019d). Portanto, apesar de discutirmos o financiamento do SUS neste tópico, o gestor deve ficar atento às mudanças e adequações do processo ao longo de sua gestão.

3.1 FINANCIAMENTO DO SUS

As Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990) determinaram os critérios para sua organização, como: objetivos e atribuições do SUS, princípios e diretrizes do SUS, competências dos entes, financiamento, planejamento e orçamento (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Segundo a Lei 8.080/1990, Art. 36, o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, ou seja, desde o nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, e alinhando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Deste modo, fica evidente que o financiamento do SUS e a origem dos recursos financeiros é uma responsabilidade baseada em tripartite.



A Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016) instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com vigência de 20 anos. Com isso, a regra de investimento em saúde pela União mudou novamente. Em 2018, a União aplicará o montante de execução financeira do exercício de 2017, corrigido apenas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). E assim será pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016b, online).

Para as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), o Ministério da Saúde, através de suas portarias anuais, destina recursos do FAN para realizar tais ações, contudo, para além disso, os estados e municípios podem fazer complementação com recursos próprios, gerais da APS e de outros programas como Crescer Saudável, PSE e Academias da Saúde.

NA PRÁTICA



A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul utiliza o FAN para realizar encontros de atualização com os profissionais da APS dos municípios, visitas *in loco* e produção de materiais educativos etc.

A Lei Complementar 141/2012, que regulamentou o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde, trata dos critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e aborda as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, entre outros pontos.

Mas vale destacar que a forma de transferência dos recursos da União para os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, assim como a transferência de recursos dos Estados para seus respectivos Municípios, devem ser fundo a fundo. Esta lei complementar define, ainda, os critérios para devolução, aplicação e condições para recebimento dos recursos (BRASIL, 2012). Além disso, “Outra forma de financiamento são as Emendas Parlamentares, com regras específicas estabelecidas pelo Art. 166, CF/1988” (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018, p.10).

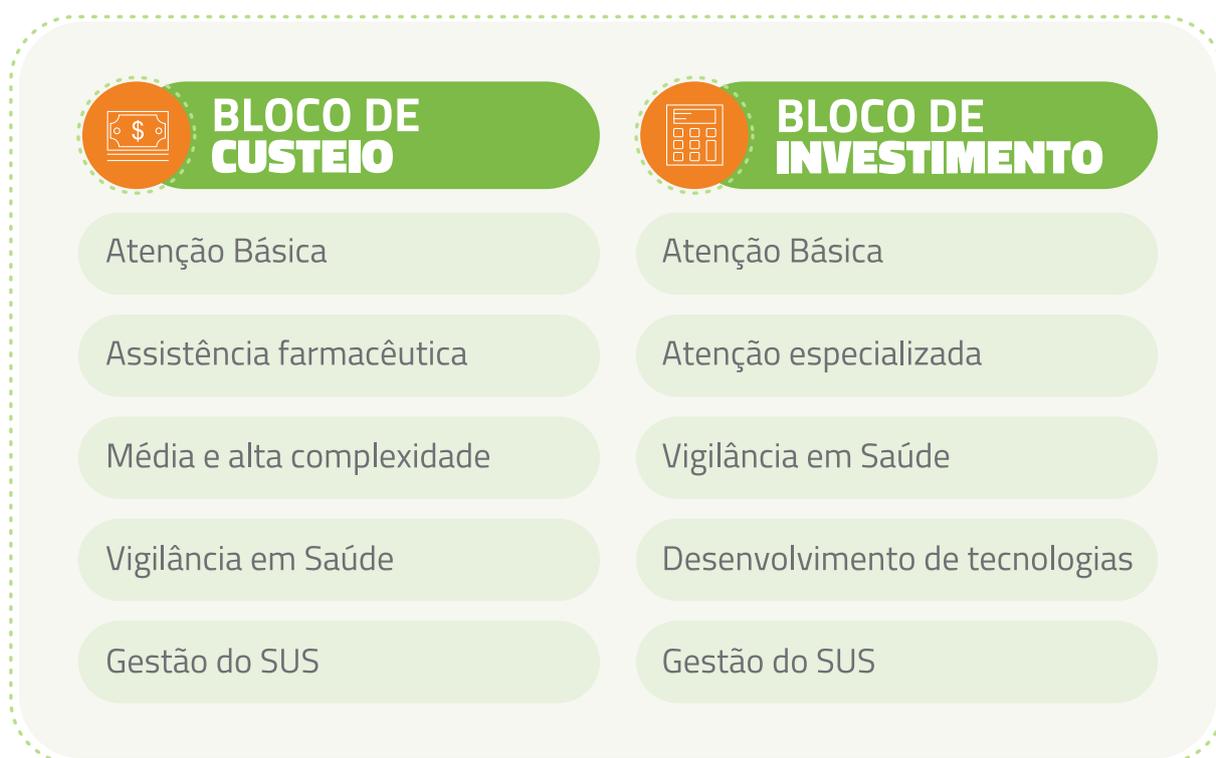
Recentemente ocorreram algumas alterações no modelo de financiamento do SUS, através da Portaria 3.992/2017, que altera a Portaria de Consolidação 6/2017. Com destaque para a fusão dos blocos de financiamento do SUS em custeio e investimento e o estabelecimento das transferências de recursos financeiros em apenas duas contas-correntes (BRASIL, 2017a, 2017b).

Bloco de custeio: o Bloco de Custeio é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os blocos de Atenção Básica, assistência farmacêutica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e gestão. Todos os incentivos que integravam o Bloco de Atenção Primária em Saúde, agora fazem parte deste bloco (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Bloco de investimento: no Bloco de Investimento estão os recursos destinados a obras novas, reformas, ampliações e adequações de unidades já existentes, bem como os recursos destinados à aquisição de equipamentos e mobiliários. Os projetos que já possuem repasse financeiro permanecerão com suas contas próprias até a conclusão da execução e da prestação de contas (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Em resumo, os blocos de financiamento atuais são:

Blocos de Repasses Financeiros



Fonte: os autores.

No que diz respeito, especificamente, aos incentivos de custeio voltados à agenda da Alimentação e Nutrição, neste caso, atrelado ao enfrentamento e controle da obesidade na APS, o Ministério da Saúde anualmente lança as portarias para o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN).

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre como ocorre o financiamento do SUS, leia a cartilha **“Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”**, elaborada pela Confederação Nacional de Municípios.

3.2 FUNDO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (FAN)

Agora que já conhecemos as formas de financiamento do SUS e, diante da informação que existem financiamentos próprios para trabalhar a promoção da alimentação saudável, vamos apresentar as portarias que regulamentam os repasses financeiros para essas ações.

A novíssima portaria nº 2.068, de 8 de agosto de 2019, estabelece incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes, com base na PNAN (BRASIL, 2019a), chamando isso de Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que é uma verba destinada para promoção de uma alimentação adequada e saudável em âmbito municipal.

A Portaria nº 1.025/GM/MS, de 18 de abril de 2018, e a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Política Nacional de Alimentação e Nutrição são importantes documentos que vão te ajudar a entender e nortear, gestor, o financiamento para implementar ações para organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da APS, que podem contribuir de maneira direta ou indireta ao enfrentamento e controle da obesidade.

A Portaria nº 2.068, de 8 de agosto de 2019, estabelece os valores de custeio às Secretarias Municipais de Saúde para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição com base na PNAN, conforme descrito a seguir (BRASIL, 2019a, online):



- I - de 30.000 a 49.999 habitantes: R\$ 12.000,00 (doze mil reais);
- II - de 50.000 a 99.999 habitantes: R\$ 13.000,00 (treze mil reais); e
- III - de 100.000 a 149.999 habitantes: R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

Os recursos financeiros têm origem no Ministério da Saúde e, para usá-los, existem critérios a serem seguidos, conforme estabelecido na Seção I do Capítulo II do Título VI da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Baseando-se no número de habitantes dos municípios, a Tabela a seguir especifica o Plano Orçamentário 0000, no valor de R\$ 12.389.000,00 (doze milhões, trezentos e oitenta e nove mil reais), a ser incorporado ao Grupo de Gestão do SUS para os municípios de MS.

Tabela Plano Orçamentário

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (IBGE 2018)	VALOR
Amambai	38.958	R\$: 12.000,00
Aquidauana	47.784	R\$: 12.000,00
Corumbá	110.806	R\$: 16.000,00
Coxim	33.516	R\$: 12.000,00
Maracaju	45.932	R\$: 16.000,00
Naviraí	54.051	R\$: 13.000,00
Nova Andradina	53.517	R\$: 16.000,00
Paranaíba	42.010	R\$: 12.000,00
Ponta Porã	91.082	R\$: 13.000,00
Rio Brillhante	36.830	R\$: 12.000,00
Sidrolândia	56.081	R\$: 13.000,00
Três Lagoas	119.465	R\$: 16.000,00

Fonte: Adaptado de Brasil (2017b).

Para municípios de grande porte, a Portaria nº 445, de 23 de fevereiro de 2018, e a Portaria nº 2.068, de 8 de agosto de 2019, estabelecem o seguinte quantitativo de recursos financeiros.

Tabela Plano Orçamentário para municípios de grande porte

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (IBGE 2018)	VALOR
 Campo Grande	 874.210	 R\$: 60.000,00
 Dourados	 218.069	 R\$: 30.000,00

Fonte: Adaptado de Brasil (2018a).

Para melhor utilização dos recursos, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) lançou o instrutivo para uso do FAN. Vale ressaltar que os gastos de recursos são para despesa de custeio, e só podem ser gastos para essa natureza.

NA PRÁTICA



O que entra nos gastos de custeio? Impressão de cartazes sobre alimentação saudável ou manutenção de computadores. Fica proibido o uso dos recursos para “despesas de capital, tratamento de doenças ou reabilitação de pacientes, aquisição de alimentos, suplementos alimentares, fórmulas alimentares, de vitaminas ou minerais” (BRASIL, 2018c, p. 10).



Para melhor entendimento, existe o instrutivo para uso do FAN, em que as despesas podem ser divididas em custeio e correntes, ou despesas de capital (BRASIL, 2018c, p. 9):



São consideradas despesas de custeio ou correntes, aquelas destinadas à manutenção e funcionamento dos serviços públicos em geral, não contribuindo, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. Como exemplos de despesas dessa natureza estão: material gráfico, manutenção e conservação de equipamento de processamento de dados; pen-drive; peças de informática para reposição imediata ou para estoque, despesas com diárias pagas a prestadores de serviços para a administração pública, manutenção de software, suporte de infraestrutura de T.I., suporte a usuários de T.I, pequenas reformas, despesas em ações de capacitação tanto para servidores quanto para a população em geral, etc. Despesas de capital são, portanto, aquelas que contribuirão para a produção ou geração de novos bens ou serviços e integrarão o patrimônio público, ou seja, contribuem diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. Como exemplos, podem ser citados: obras e instalações, máquinas e equipamentos, aquisição de software, aquisição de softwares sob encomenda, veículos e bens móveis.

O Recurso do FAN é repassado no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde ao seu município, gestor, e você deve ficar atento a como utilizá-lo. O Bloco tem o objetivo principal de apoiar a manutenção da prestação das ações e serviços de saúde, e não apenas de alimentação e nutrição, bem como o apoio aos estabelecimentos que prestam serviços de saúde.

FIQUE ATENTO



Fique atento ao uso correto do FAN para prestar contas à União, pois quem gasta a menos com o FAN, recebe menos no ano seguinte. Assim, fica difícil justificar o porquê de seu município precisar do recurso e até demonstrar os resultados de sua aplicação.

O FAN pertence ao grupo de Gestão do SUS e, segundo a Portaria que o institui, deverá ser direcionado às seguintes diretrizes:

-  Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
-  Prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
-  Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição;
-  Promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2018c, p. 10).

As ações decorrentes dessas diretrizes, com foco no enfrentamento do sobrepeso/obesidade, podem ser expressas em:

Manutenção de equipamentos: O FAN pode ser utilizado para a manutenção de equipamentos antropométricos (balanças e estadiômetros, por exemplo) e pequenas reformas nos serviços de saúde, para realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Educação permanente e continuada: O recurso pode ser utilizado para realizar a educação permanente e continuada em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde, com oferta de ações de alimentação e nutrição e inter-relacionadas com outras áreas ou políticas públicas, por meio de processos de trabalho adequados para a organização da atenção nutricional no SUS, contemplando a organização dos serviços de saúde dentro da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO).

Protocolos: Construir e atualizar protocolos, manuais e normas técnicas da Rede de Atenção à Saúde, em especial a LCSO, do município e/ou região de saúde para orientar adequadamente o cuidado aos grupos com sobrepeso e obesidade.

Ações de promoção: Incentivar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos - fator de proteção contra excesso de peso - e promover a alimentação adequada e saudável em todas as fases da vida.

Acompanhamento alimentar: Acompanhar a situação alimentar e nutricional da população por meio do SISVAN e outras fontes de informação, como outros SIS, pesquisas, inquéritos e estudos de base local, com ênfase nas condicionalidades de saúde das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Monitoramento de ações: Monitorar e acompanhar dos programas e ações estratégicas de alimentação e nutrição (Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, Programa Bolsa Família, Vigilância Alimentar e Nutricional, bem como programas de iniciativa local para enfrentamento de problemas de maior magnitude localmente, se houver) (BRASIL, 2018c, p. 11).

3.3 OUTROS PROGRAMAS COM FINANCIAMENTO QUE PERMITEM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL NO ÂMBITO MUNICIPAL

Ainda podemos dispor de outros programas e recursos para nos auxiliar na promoção da alimentação adequada e saudável e no enfrentamento e controle da obesidade, em diversas populações e setores. A seguir, vamos falar de alguns programas com financiamento que podem ser de auxílio para a realização de ações no âmbito municipal.

3.3.1 CRESCER SAUDÁVEL E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

A Portaria nº 2.264, de 30 de Agosto de 2019, define Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso, portanto, se seu município fez a adesão de um dos dois programas, há verbas destinadas ao investimento e promoção de uma alimentação adequada e saudável, principalmente no ambiente escolar.

FIQUE ATENTO



Outra coisa importante é ficar atento aos prazos de adesão e regras estabelecidas para fazer parte desses dois programas que focam suas ações na prevenção da obesidade infanto-juvenil. Para saber mais, [acesse este instrutivo do Programa Crescer Saudável](#).

Levando em consideração que a escola é um dos espaços de proteção social e interessante para a promoção de hábitos saudáveis e combate ao excesso de peso, pois auxilia na formação de hábitos e práticas, com as quais as crianças e adolescentes podem experienciar e fixar hábitos alimentares e de vida mais saudáveis e carregar essa prática para toda a vida. O Programa Crescer Saudável se insere neste ambiente escolar propício, a fim de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país (BRASIL, 2019b, 2019c).

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o uso dos recursos, ações, metas e indicadores de monitoramento, consulte o **Guia de Financiamento da APS, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.**

3.3.2 ACADEMIA DA SAÚDE

A Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016, redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos da Academia da Saúde, unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável), e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde.

O Programa Academia da Saúde será desenvolvido nas seguintes modalidades de polos, a serem construídas pelo Distrito Federal e pelos Municípios interessados, de acordo com as estruturas de "I - Modalidade Básica; II - Modalidade Intermediária; e III - Modalidade Ampliada" (BRASIL, 2016c, online).

Os Municípios e Distrito Federal interessados em implantar o Programa Academia da Saúde, devem usar os seguintes incentivos financeiros (BRASIL, 2016c, online):



1 - de investimento, para construção de polos do Programa Academia da Saúde

I - Modalidade Básica: R\$ 81.000,00 (oitenta e um mil reais);

II - Modalidade Intermediária: R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais); e

III - Modalidade Ampliada: R\$ 218.000,00 (duzentos e dezoito mil reais); (Valores atualizados conforme portaria de Consolidação nº5, de 28 de setembro de 2017).

2 - de custeio, para a manutenção dos polos do Programa Academia da Saúde (no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo);

Ressalta-se que a solicitação para a construção dos Polos de Academia da Saúde, no âmbito municipal, deve estar vinculada às Emendas Parlamentares.

3.3.3 ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DO CADASTRO ÚNICO

O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Programa Bolsa Família (PBF) e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) representa uma estratégia inovadora para medir o desempenho de cada município, estimular resultados cada vez mais qualitativos e compor a base de cálculo de recursos a serem transferidos aos municípios para que possam ser aplicados no aperfeiçoamento da gestão local do PBF e do Cadastro Único (BRASIL, 2017c).

FIQUE ATENTO



O Recebimento dos recursos e seus valores dependem do cumprimento específico de metas e os valores atribuídos aos fatores da fórmula de cálculo. O repasse financeiro está vinculado às Secretarias Municipais de Assistência Social para uso de forma intersectorial (Educação, Saúde e Assistência Social) (BRASIL, 2017c).

O uso desse recurso deve ser utilizado para qualificar o acompanhamento das condicionalidades junto às famílias beneficiárias do PBF. No que tange às Secretarias Municipais de Saúde, destaca-se a Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2017c).

Vamos conhecer o relatório das ações de alimentação e nutrição do estado de Mato Grosso do Sul em 2019?



OUÇA O PODCAST

[Informe Situacional sobre os Programas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica de Mato Grosso do Sul](#)

SAIBA MAIS



Para ler na íntegra o [relatório das ações de alimentação e nutrição do estado do Mato Grosso do Sul em 2019](#), basta acessar o link e fazer o download do pdf.

Neste capítulo, foi possível conhecer a organização do SUS e seus espaços de decisões, pactuações e planejamento, com destaque para participação da sociedade civil.

Neste universo, é de extrema importância os gestores em saúde conhecerem a realidade e as necessidades de seu território. A promoção da alimentação saudável é uma das ferramentas para o alcance da promoção da saúde, e, assim, prevenir os agravos que tanto oneram “os cofres públicos”.

Sendo assim, é recomendado que se tenha um olhar mais direcionado para a APS, dentro do arranjo organizacional do SUS, onde essas ações de promoção devem acontecer, devendo fazer parte da agenda prioritária de ações em saúde do SUS.



Referências bibliográficas do capítulo

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015c. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de Fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 138 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Instrutivo sobre o Incentivo Financeiro das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 14 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrutivo_FAN_2018.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 33 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 76 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes>

[coleta_analise_dados_antropometricos.pdf](#). Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas** – Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 13 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Crescer Saudável 2019/2020** – Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 21 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Departamento de Operação. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Caderno do IGD-M** – Manual do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único (Municípios e Distrito Federal). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018b. 80 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/ManualIGD.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre

o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 445, de 23 de fevereiro de 2018.** Habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, referente ao exercício financeiro de 2018. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018a. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/marco2018/dia02/portaria445.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016.** Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.068, de 8 de agosto de 2019.** Estabelece, no ano de 2019, incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.068-de-8-de-agosto-de-2019-210036244>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019.** Define Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.264-de-30-de-agosto-de-2019-215326621>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019d. Disponível em: <https://brasilsus.com>.

br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de setembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CNM, 2018. 16p. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%c3%9anico%20de%20Sa%c3%bade%20\(SUS\)%20\(2018\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%c3%9anico%20de%20Sa%c3%bade%20(SUS)%20(2018).pdf). Acesso em: 05 fev. 2020.

REDE HUMANIZA SUS [2016]. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/>. Acesso em: 05 fev. 2020.



CAPÍTULO III

USO DAS INFORMAÇÕES NA SAÚDE: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E INQUÉRITOS

Caroline Camila Moreira

Verônica Gronau Luz

Naiara Ferraz Moreira

Rita de Cassia Bertolo Martins

Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Nos capítulos anteriores, falamos sobre a Política de Alimentação e Nutrição e a sua gestão com foco na promoção da saúde para que possamos de fato enfrentar e controlar o problema da obesidade.

Este capítulo vai nos ajudar nessa parte de gestão, porém, voltada para o entendimento do problema em números e dimensões. O que são inquéritos nacionais e os Sistemas de Informação em Saúde? Como eles me ajudam? Onde consigo buscar as informações coletadas e analisadas pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde? Como aplico isso no meu município?

Vamos entender que informação é poder. Poder de mudança e poder de pleitear o que for necessário para que a gestão em saúde seja efetiva no enfrentamento e controle da obesidade!

1. INQUÉRITOS

Embora o termo possa causar estranheza à primeira vista, os inquéritos são pesquisas nacionais que acontecem periodicamente com uma quantidade significativa da população, e que trazem dados de suma importância para a saúde.

Os inquéritos nacionais que abordam dados relacionados à antropometria e ao consumo alimentar são extremamente importantes para a definição de políticas públicas na área de alimentação e nutrição.

Esse tipo de estudo possibilita a verificação do estado nutricional e da exposição a fatores de risco relacionados à nutrição na população, localizando os indivíduos que apresentam esses problemas e acompanhando as tendências de evolução dos principais distúrbios nutricionais, como baixo peso e/ou desnutrição energético-proteica, sobrepeso/obesidade, além de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (TADDEI *et al.*, 2016).

Você já parou para pensar como os dados oriundos dos inquéritos nacionais são importantes para o planejamento e a avaliação de políticas e programas de saúde do seu município?

FIQUE ATENTO



Os inquéritos podem nos fornecer grandes informações sobre o nosso município e estado, e nos auxiliarem na tomada de decisão baseada em evidência, que vimos no Capítulo I.



1.1 PRINCIPAIS INQUÉRITOS NACIONAIS

De acordo com Viacava, Dachs e Travassos (2006), os principais inquéritos nacionais são:

-  Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef)
-  Pesquisas de Orçamento Familiar (POF)
-  Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)
-  Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)
-  Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV)
-  Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)
-  Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)
-  Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

Dentre esses, apenas alguns ainda estão em vigência no Brasil, e acontecem com periodicidade prevista pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

POF

A Pesquisa de Orçamento Familiar mede as estruturas de consumo, dos gastos e dos rendimentos das famílias.

A POF permite definir um perfil das condições de vida da população brasileira a partir de seus orçamentos domésticos. Estuda-se, também, a composição dos gastos das famílias, segundo as classes de rendimentos, as desigualdades em cada região do Brasil, e a mesma desigualdade entre áreas urbanas e rurais. Analisa, ainda, o perfil nutricional das famílias, relacionando-o à compra de alimentos e à situação financeira.

Assim, POF pode ser aplicada de várias maneiras:

1. Estabelecimento de prioridades na área social;
2. Fomento de políticas públicas temáticas nos campos da nutrição, orientação alimentar e de produção e distribuição de alimentos;
3. Políticas na área da saúde.

PNDS

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher fica responsável por traçar o perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil.

Essa pesquisa avalia a fecundidade, o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos entre mulheres brasileiras. Estuda, ainda, a saúde materno-infantil, a mortalidade materna, DST/AIDS, gravidez, assistência pré-natal e parto. Além disso, aborda as principais causas de doenças predominantes na infância (como diarreia e infecções respiratórias), a imunização, o estado nutricional, e o acesso à água e ao esgotamento sanitário.

Os resultados fornecem dados para avanços recentemente ocorridos na saúde da mulher e da criança no Brasil (BRASIL, 2006).

PNAD

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios acompanha as flutuações trimestrais e a evolução, a curto, médio e longo prazo, da força de trabalho, e outras informações necessárias para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País.

Para isso, ela investiga as formas de trabalho, o cuidado das pessoas, os afazeres domésticos, e a tecnologia da informação e da comunicação nos domicílios amostrados no país. Essa pesquisa ajuda a entender a relação do brasileiro com o trabalho e a saúde, podendo influenciar diretamente a questão da obesidade (BRASIL, 2019a).

VIGITEL

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico do Ministério da Saúde se propõe a monitorar hábitos de vida que podem ser fatores de risco e fatores de proteção para essas doenças tão relacionadas à obesidade.

Essa pesquisa busca conhecer a situação de saúde da população, que é o primeiro passo para planejar ações e programas que reduzam a ocorrência e a gravidade das DCNTs, melhorando, assim, a saúde da população (BRASIL, 2019c).

PENSE

A pesquisa fornece informações sobre as características básicas da população de estudo, incluindo aspectos socioeconômicos, como escolaridade dos pais, inserção no mercado de trabalho e posse de bens e serviços; contextos social e familiar; fatores de risco comportamentais relacionados a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; exposição a acidentes e violências; hábitos de higiene; saúde bucal; saúde mental; e percepção da imagem corporal, entre outros tópicos.

Além disso, características do ambiente escolar e do entorno são também contempladas, incluindo informações relacionadas à infraestrutura disponível para alimentação e atividade física; acessibilidade; saneamento básico; existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas; políticas de assistência à saúde; e nível de segurança do entorno, entre outros aspectos (BRASIL, 2016).

MULTIMÍDIA



**Quer saber mais sobre cada um desses inquéritos?
Recomendamos alguns materiais multimídia para você!**

[Quanto o brasileiro gasta e com o quê](#) ▪ IBGE

[PESQUISA: Não deixe de atender a ligação do Ministério da Saúde](#) ▪ Podcast MinSaúde

[PeNSE 2019](#) ▪ IBGE

1.2 DADOS DOS INQUÉRITOS NACIONAIS

Os dados que os inquéritos nacionais nos trazem podem ser de grande ajuda na hora da nossa gestão para enfrentamento e controle da obesidade.

Quando entendemos que a obesidade também é um fenômeno social, além de físico e psicológico, fica mais fácil enxergar meios mais efetivos de manejo do problema. Esses dados nos permitem definir prioridades de intervenção em âmbito nacional e regional, e realizar o planejamento e a avaliação de nossas ações, visto que acontecem com periodicidade programada pelo IBGE e Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS



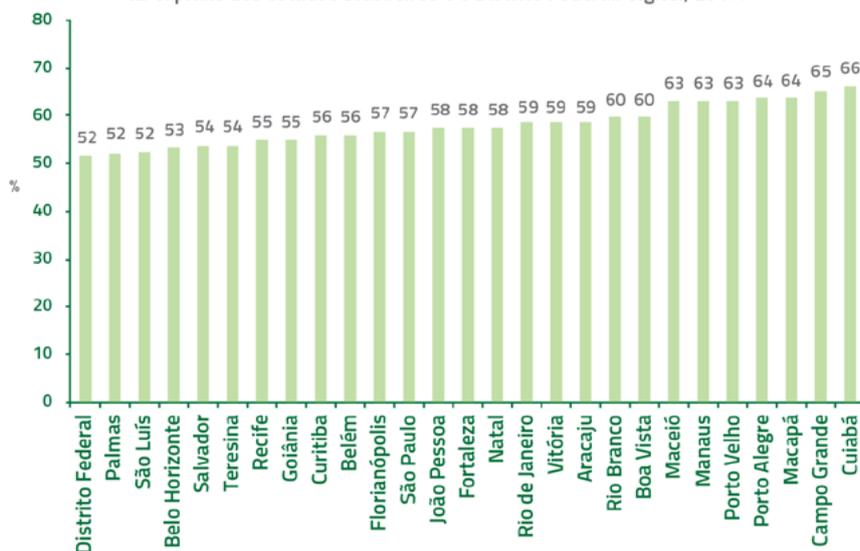
Para saber mais sobre quais tipos de dados podem ser utilizados de inquéritos nacionais, confira os seguintes artigos: **Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013** e **Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde**

Os dois gráficos a seguir apresentam exemplos de dados com resultados reais, oriundos de inquéritos nacionais. Analise-os e reflita sobre a importância e o alcance desse tipo de pesquisa.

Gráfico 32 – Proporção de pessoas que conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados, na população que teve medicamento receitado no último atendimento de saúde realizado, no período de referência das duas últimas semanas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013



Percentual de homens (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2017.



FIQUE ATENTO



Ao tratarmos da obesidade e de seu enfrentamento no âmbito social da saúde, um dos inquéritos mais importantes que você, gestor, deve ter acesso é o VIGITEL. Ele foi pensado e desenvolvido para as DCNTs, e como é periódico (de um em um ano), pode nos apresentar tendências interessantes relacionadas à obesidade

Com relação ao estado do Mato Grosso do Sul, embora o VIGITEL apresente apenas dados da capital Campo Grande, ele é uma fonte de dados de fácil acesso. Por isso, precisamos fazer os seguintes exercícios de reflexão: “O quão meu município de ação é diferente da capital em relação à obesidade? O que posso aprender com Campo Grande?”.

Esses exercícios nos ajudam a conseguir subsídios e informações para que possamos, de fato, nos movimentar acerca do problema, mostrando um panorama mais geral do que vamos enfrentar – afinal, se está acontecendo na capital do estado, há grandes chances de acontecer no seu município.

Se você for da capital, a grande vantagem é que já pode acessar os dados diretos para fazer *advocacy*, juntamente aos poderes Executivo e Legislativo (esse é um tema que vamos discutir mais a diante, no Capítulo IV deste livro!).

FIQUE ATENTO



Para auxiliar as informações que os inquéritos nacionais não cobrem, temos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que nos fornecem dados do dia a dia do SUS, e são nossos maiores aliados na prática da gestão para entender e controlar o processo e as necessidades de saúde da população. Por isso, os SIS são tão importantes.

Confira, no vídeo a seguir, a seguir, todo o panorama da epidemiologia da obesidade no Mato Grosso do Sul.



ASSISTA AO VÍDEO

Situação de Saúde Geral no Brasil e panorama da epidemiologia da obesidade no Mato Grosso do Sul

2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Já falamos de Inquéritos Nacionais e sua utilidade na nossa prática de gestão, e também falamos de dados mais regionalizados, que são importantes para entender a real necessidade do meu município.

Vamos conversar sobre uma grande ferramenta da Atenção Primária em Saúde (APS), que são os Sistemas de Informação em Saúde, chamados carinhosamente de SIS.

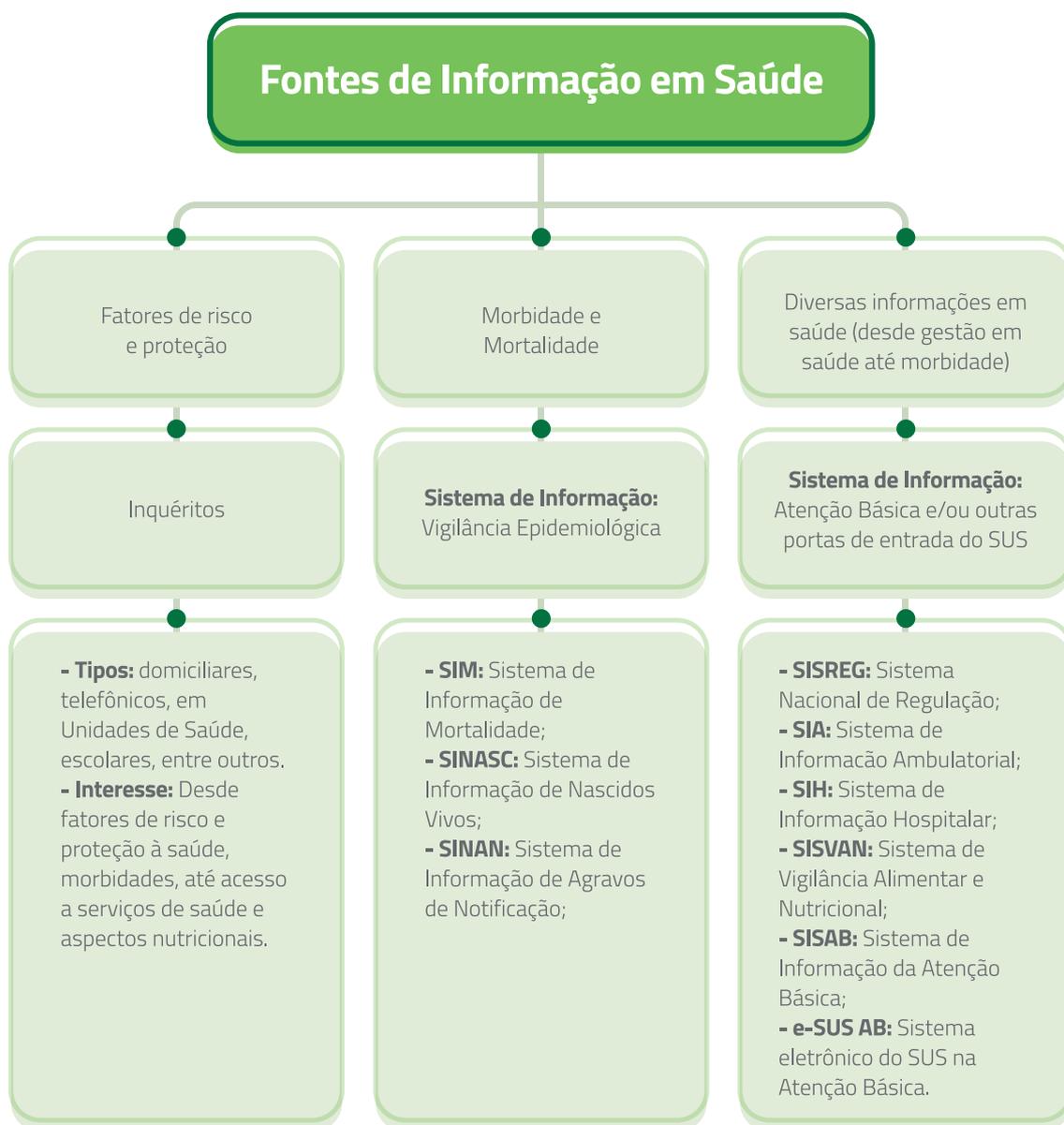
Os SIS são formas padronizadas e rotineiros de coleta, processamento, armazenamento e distribuição de informações em saúde, que auxiliam na tomada de decisão de gestores e trabalhadores e colaboram com o controle de ocorrências (BRASIL, 2015a). Eles estão em todos os níveis de atenção do SUS e alimentá-los com dados reais e de qualidade pode ser uma grande ferramenta de gestão.

Os SIS mais importantes presentes no Brasil são (PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018):

-  SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
-  SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos
-  SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
-  SIA: Sistema de Informação Ambulatorial

- 🍎 SIH: Sistema de Informação Hospitalar
- 🍎 SIPNI: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
- 🍎 SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- 🍎 SISREG: Sistema Nacional de Regulação
- 🍎 e-SUS AB: Sistema eletrônico do SUS na APS

Todos esses sistemas estão, de alguma forma, ligados à rede de atenção em saúde do Sistema Único de Saúde, o SUS. Veja a imagem a seguir, que explica esse fluxo.



Fonte: Adaptado de Rouquayrol *et al.* (2013).

No Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), os SIS foram criados historicamente de maneira isolada, conforme as necessidades de cada setor saúde, e não de uma maneira organizada e ampla. Isso acarretou vários problemas, prejudicando a organização da informação em saúde no país para a tomada de decisão, como:

- 🍎 Fragmentação de informações importantes entre diversas bases de dados;
- 🍎 Viés de faturamento devido às informações geradas por bases de dados diferentes, principalmente quando a remuneração dos estabelecimentos de saúde envolvia produção de procedimentos;
- 🍎 Captação e registro de dados, frequentemente em duplicata por diferentes sistemas, e elaborados manualmente, muitas vezes por profissionais que não atuam na área da saúde e desconhecem informações específicas, gerando dados inconsistentes e/ou perdas de informações importantes (BRASIL, 2015a).

Na tentativa de corrigir tais fragilidades e solucionar esses problemas, o MS lançou a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS), em 2003, mas que efetivamente foi instituída apenas em 2015, pela Portaria nº 589/GM de 20 de maio de 2015, tendo como um de seus pontos mais fortes para avançar na qualidade da informação em saúde, no país, a interoperabilidade (BRASIL, 2015a).

Assista ao vídeo a seguir para compreender melhor para que servem os SIS.



ASSISTA AO VÍDEO

[A importância dos Sistemas de Informação em Saúde](#)

SAIBA MAIS



Para saber mais informações sobre o Meu DigiSus ou criar a sua conta, acesse o site oficial: <https://meudigisus.saude.gov.br>

Quando falamos especificamente de enfrentamento e controle da obesidade, o principal SIS que temos que levar em conta é o SISVAN. Ele vai ser o responsável (e nosso grande amigo) pela coleta de dados de estado nutricional e de consumo alimentar, que são os dois fatores mais importantes em uma sociedade que vive uma epidemia grave de excesso de peso.

Esse SIS vai apoiar e subsidiar nossa prática diária na APS e na gestão da mesma, porém, ainda temos um grande desafio em relação a sua implantação, correto uso e melhoria na qualidade da informação coletada, pois o sistema é alimentado, principalmente, com dados de pessoas beneficiárias de Bolsa Família, e, apesar de entendermos a vulnerabilidade dessas pessoas, as práticas de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) precisam cobrir a maioria da população atendida na APS, pois é daí que vamos ter intervenções e dados efetivos para colocarmos em prática o concreto enfrentamento e controle da obesidade.

2.1 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN

O que é o SISVAN e quando ele foi criado?

O SISVAN é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional operado a partir da APS, que tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS (em qualquer das três esferas de Governo - municipal, estadual e federal), em todas as fases do curso da vida (BRASIL, 2004, 2015b). A grande vantagem do SISVAN é que conseguimos extrair dados bastante regionalizados dos municípios e do estado do Mato Grosso do Sul.

SAIBA MAIS



A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) foi criada na década de 70 como um sistema para o planejamento de políticas públicas e programas, a fim de reduzir deficiências e agravos nutricionais (ARRUDA, 1992; BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; CASTRO, 1995). A VAN foi pensada inicialmente pelo quadro de fome e carências nutricionais que o país vivia naquela época, mas dada a transição nutricional que vivemos, ela se encaixa perfeitamente na vigilância da obesidade.

Apesar da VAN já ser algo idealizado no Brasil, o SISVAN foi criado no país apenas em 1990, por meio da Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, do Ministério da Saúde e sua implantação ainda não aconteceu em todos os territórios.

Os objetivos do SISVAN então são:

- 🍎 Manter o diagnóstico da situação alimentar e nutricional do país atualizado;
- 🍎 Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais;
- 🍎 Avaliar tendências temporais dos problemas detectados;
- 🍎 Identificar os fatores de risco;
- 🍎 Oferecer subsídios para formulação de políticas e estabelecimento de programas e intervenções (BRASIL, 2004).



Fonte: os autores.

Como é o fluxo de operacionalização do SISVAN?

É importante destacar que a coleta de dados tem por objetivo gerar informações e, conseqüentemente, te ajudar no enfrentamento e controle da obesidade. Dessa forma, a coleta e registro dos dados de VAN são essenciais para diagnosticar as necessidades e agravos nutricionais de determinada área geográfica e, assim, mapear o território.

O conhecimento da realidade local possibilitará o planejamento e a execução de estratégias para intervenções específicas. Nesse sentido, a conscientização dos profissionais sobre a importância da correta operacionalização do SISVAN é fundamental, pois a VAN é responsabilidade de toda a equipe de saúde.

PARA REFLETIR



Você, gestor, já parou para pensar que pode ser um grande incentivador da sua equipe municipal? Você pode fazer isso sempre consultando os dados gerados pelo SISVAN, sejam eles públicos ou gerados pelos SIS, para mostrar a necessidade dessas informações, os resultados alcançados e algumas metas para sua equipe. Todo mundo gosta de ver os frutos do próprio trabalho, não é mesmo?

O SISVAN é composto por informações de Vigilância Alimentar (registro de marcadores de consumo alimentar) e de Vigilância Nutricional (registros de medidas antropométricas) conforme as diferentes fases da vida (BRASIL, 2015b). Essas informações podem ser preenchidas diretamente via digital por meio do Sistema e-SUS Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS). Esses dados vão migrar para o portal do SISVAN, chamado SISVAN Web, aonde qualquer cidadão pode ter acesso aos dados de VAN gerados pelo sistema.

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre os relatórios do SISVAN, você pode acessar o portal [Relatórios de Acesso Público](#).

Mas, como os dados são coletados?

Para a Vigilância Nutricional, as medidas antropométricas que devem ser coletadas de forma periódica e continuamente são: peso e estatura/comprimento de indivíduos de todas as fases da vida, além da circunferência da cintura para adultos (BRASIL, 2011) e circunferência da panturrilha para idosos (BRASIL, 2015b). Após a coleta e registro desses dados no sistema de informação em saúde, serão geradas as informações nutricionais por meio do uso de parâmetros antropométricos padronizados pelo Ministério da Saúde, de acordo com cada faixa etária.

Veja no quadro a seguir.

Índices e parâmetros antropométricos para registro no SISVAN,

de acordo com as fases da vida

Fases do curso da vida	Índices e parâmetros
Crianças menores de 5 anos	IMC para idade Estatura para idade Peso para estatura Peso para idade
Crianças de 5 a 9 anos	IMC para idade Estatura para idade Peso para estatura
Adolescentes (10 a 19 anos)	IMC para idade Estatura para idade
Adultos (20 a 59 anos)	IMC Perímetro da cintura
Idosos (60 anos ou mais)	IMC para idoso Perímetro da panturrilha
Gestantes	IMC por idade gestacional

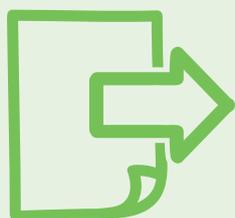
Fonte: Brasil (2011, p. 12).

Já para a coleta dos dados de Vigilância Alimentar, no mesmo formulário, existem campos separados para as três categorias de idade, todas envolvendo marcadores de risco e de proteção à saúde:

- 🍎 para crianças menores de seis meses, os dados são coletados com o objetivo de avaliar o aleitamento materno (marcador protetor) e a introdução precoce de alimentos (marcadores de risco nessa fase da vida);
- 🍎 para as crianças de seis meses a menores de dois anos, os dados avaliam a introdução alimentar e a qualidade nutricional dos alimentos consumidos nessa fase, incluindo marcadores saudáveis e não saudáveis, como a introdução de alimentos não recomendados para a idade;
- 🍎 a partir de dois anos de idade, o campo de preenchimento é único para todas as demais fases da vida (crianças maiores de dois anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), visando identificar comportamentos que envolvem a prática alimentar e marcadores de consumo saudável e não saudável (BRASIL, 2015c).

Para a confecção destes formulários, foram consideradas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; BRASIL, 2015b) e do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014, 2015c).

O infográfico a seguir mostra os marcadores de consumo alimentar para maiores de 2 anos do SISVAN.



Marcadores de consumo alimentar para crianças com 2 anos ou mais,

adolescentes, adultos, gestantes e idosos.

Marcadores de consumo alimentar para maiores de 2 anos (SISVAN)



Marcadores de alimentação saudável
(proteção à saúde)



Marcadores de alimentação não saudável
(de risco à saúde)



Feijão

Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)



Frutas frescas (não considerar suco de frutas)

Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)



Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)

Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados



Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)



Fonte: Adaptado de Brasil (2015c).

FIQUE ATENTO



O consumo alimentar investigado pelo SISVAN refere-se ao que a pessoa ingeriu no dia anterior, a fim de captar um consumo e memória recente do indivíduo.

Como essas informações são geradas?

Após a coleta e a digitação dos dados no sistema e-SUS PEC ou e-SUS CDS ou sistema próprio/terceiros, as informações locais serão transferidas pela equipe de APS à base nacional do Sisaps, de acordo com cronograma estabelecido anualmente. Tais dados, após processamento e validação, serão exportados para os sistemas de informação específicos, por exemplo, os dados antropométricos digitados no e-SUS PEC gerarão informações do estado nutricional da população, conforme fase da vida, por meio do SISVAN Web.

As informações geradas pelo SISVAN poderão ser acessadas via relatórios públicos e restritos:

Relatórios Públicos

Os relatórios públicos podem ser gerados por qualquer pessoa, diretamente na página eletrônica do Sistema.

Nessa página, o interessado pode obter as informações referentes ao estado nutricional e consumo alimentar de municípios, estados, regiões e um compilado nacional por fases da vida e ano/meses de interesse, além de outras especificidades (tipo de acompanhamento, sexo, povos e comunidade, escolaridade, raça/cor).

Acesso Restrito

Já o acesso restrito compete aos profissionais da APS, que são os responsáveis por alimentar os dados de VAN, e aos gestores municipais, que é o seu caso, e esse relatório será de grande valia no planejamento da sua gestão em saúde para o enfrentamento e controle da obesidade.

Qual a periodicidade em que os dados devem ser coletados e registrados?

Para possibilitar o monitoramento alimentar e nutricional, os dados de antropometria e consumo alimentar devem ser coletados e registrados nos Sistemas de Informação, de acordo com o mínimo de consultas a serem realizadas por ano para assistência à saúde, proposta pelo MS, conforme apresentado no quadro 2 (BRASIL, 2015b).

Periodicidade de registro recomendada para dados antropométricos e de consumo alimentar no SISVAN Web/e-SUS.

Faixa etária	Periodicidade de registro
Crianças de até 2 anos	Anos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses
A partir dos 2 anos de idade	1 registro por ano (no mínimo)

Fonte: Brasil (2015b, p. 21).

MULTIMÍDIA

Para auxílio e orientação sobre o uso do SISVAN e coleta de dados, o Ministério da Saúde elaborou alguns materiais. Vamos conhecê-los?

[Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde](#)

[Orientações para Avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Básica](#)

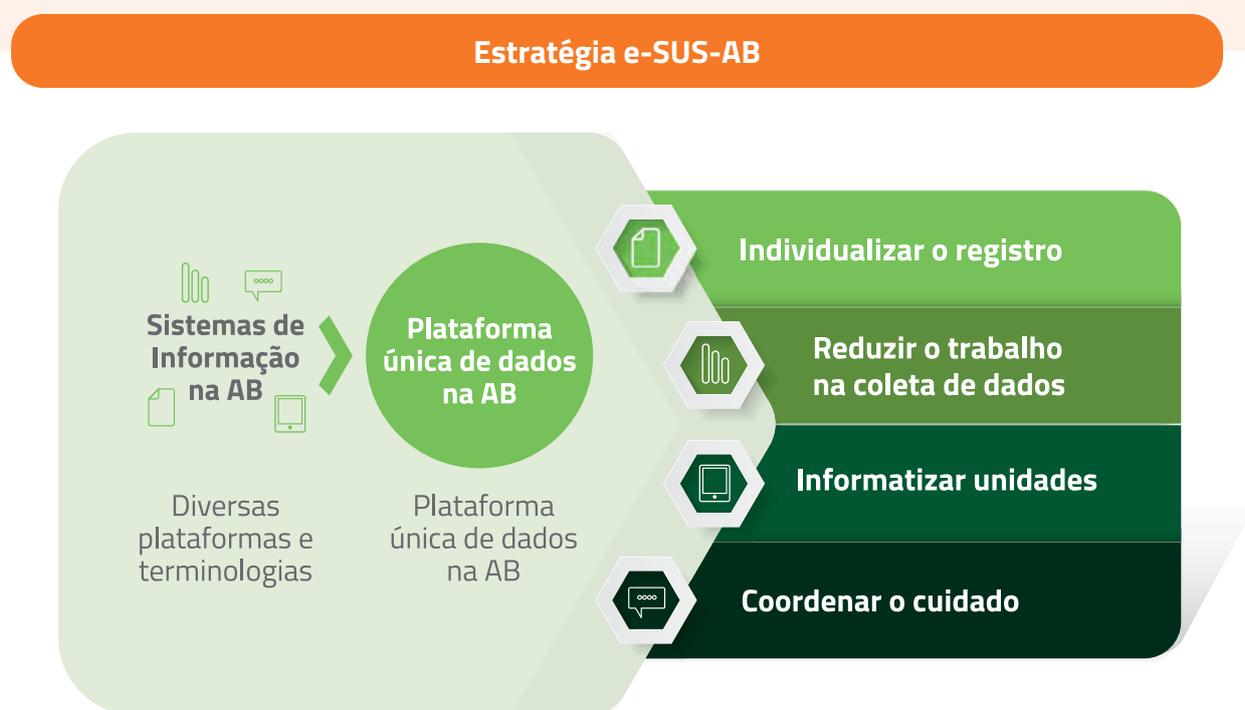
[Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica](#)

[Manual orientador para a aquisição de equipamentos antropométricos](#)



2.2 ESTRATÉGIA E-SUS-APS

A Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) tem por objetivo reestruturar o serviço de registro de informações da APS, sendo composta pela integração dos Sistemas e-SUS APS e SIS para a Atenção Primária (Sisaps). Essa reestruturação visa à informatização do processo de trabalho das equipes, a fim de reduzir o retrabalho, definindo-o como um modelo integrado de registro de informações, unificando a entrada de dados e a qualificação da informação (BRASIL, 2018b).



Fonte: V Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica (2015).

O Sistema e-SUS APS, por sua vez, é composto por dois softwares: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta de Dados Simplificada (CDS), além de aplicativos móveis para coleta e digitação de dados em ações fora da Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, como o aplicativo Atividade Coletiva e o aplicativo Território, para registro das informações da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2017; 2018c).

Veja mais sobre cada um deles a seguir.

e-SUS PEC

O e-SUS PEC visa, por meio dos registros dos dados do cidadão em prontuário eletrônico, sistematizar e informatizar as informações da APS (BRASIL, 2018b). É nele, por meio da ferramenta SOAP (para registro de dados Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano de cuidados), no campo Objetivo, que são registrados dados referentes às variáveis antropométricas dos usuários, como peso e estatura, para todas as fases da vida, permitindo o diagnóstico do estado nutricional por meio do IMC (BRASIL, 2018b).

Recentemente, a medida da circunferência da panturrilha foi também incluída para a avaliação do estado nutricional de idosos, por ser importante indicador de massa muscular (BRASIL, 2020), também preconizada no SISVAN (BRASIL, 2015b).

e-SUS CDS

O e-SUS CDS é um sistema de digitação de dados, composto por doze fichas de registro de informações, que compõem o sistema e-SUS AB, dentre elas: informações sobre vacinação, atividades coletivas (como reuniões de equipe, atividades em grupo, destacando público alvo, temas e práticas em saúde), ficha complementar, que apresenta, por exemplo, resultado de exames específicos (como exame do fundo do olho, orelhinha e olho, e de imagens) e a ficha de procedimentos.

É um sistema que possibilita a digitação/registro das informações coletadas em território ou na própria unidade de saúde, na ausência ou não de acesso à internet. Somente o CDS permite o acesso para o cadastro das informações referentes ao registro de marcadores de consumo alimentar dos usuários do SUS. Já os dados de antropometria também devem ser registrados no CDS, em ações dos atendimentos coletivos (Ficha de atividade coletiva) que envolvem a mensuração de peso e altura de cada indivíduo participante de tais ações (BRASIL, 2018b, 2020).

Fichas de registros das informações para o Sistema e-SUS APS



Fonte: Brasil (2020, p. 379).

Fonte: SAS/MS.

As informações do Sistema e-SUS APS são alimentadas pelo próprio profissional que realiza o atendimento, ou seja, pelos profissionais de todas as equipes da APS, pelas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), de Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além de profissionais que realizam ações junto aos Programas Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde (PAS). Os relatórios de cada equipe/unidade de saúde podem ser acessados pelos próprios profissionais e pelos gestores (BRASIL, 2018b).

Ouçá o podcast a seguir para saber mais sobre a criação do Sisaps.



OUÇA O PODCAST

[O SIS para a Atenção Primária em Saúde \(Sisaps\)](#)

PARA REFLETIR



Com as atualizações da Estratégia e-SUS APS, como um sistema interoperável, acredita-se que, futuramente, os relatórios incluirão informações geradas por todos os profissionais que atuam na rede da APS, nas linhas de cuidado, e em todos os pontos da rede. Isso se tornará uma grande estratégia de gestão, uma vez que você, gestor, vai poder entender e enxergar vários pontos de atenção e suas fragilidades.

Para a linha de cuidado da obesidade e DCNT, todos os profissionais que atuam nas equipes de saúde da APS, incluindo o NASF-AB, precisam estar capacitados e orientados para a coleta e registro de dados antropométricos em atendimentos individuais online ou atendimento tardio (PEC), em atendimentos coletivos (CDS), que inclui a coleta das medidas de peso e altura, ou no preenchimento das fichas de atendimento domiciliar (CDS), e cabe a você, gestor, iniciar o fomento em seu município, entendendo sua importância e sua utilidade.

Tais informações geram dados de estado nutricional da população atendida, indicando os desvios nutricionais, bem como sua gravidade para a tomada de decisão com relação às intervenções necessárias no território.

Ainda no CDS, os marcadores de consumo alimentar precisam ser investigados, coletados e registrados, pois permitirão diagnosticar práticas alimentares saudáveis e não saudáveis, bem como comportamentos de risco que envolvem o consumo alimentar da população da área de abrangência da unidade de saúde e, dessa forma, mapear os grupos populacionais de maior vulnerabilidade. Tais dados poderão ser obtidos em relatórios do SISVAN.

Quando enxergamos e entendemos esses dados, eles se tornam uma poderosa ferramenta de *advocacy*, a fim de que recursos e iniciativas sejam pleiteados para a área da saúde, e possam fomentar ações mais efetivas no combate da obesidade.

FIQUE ATENTO

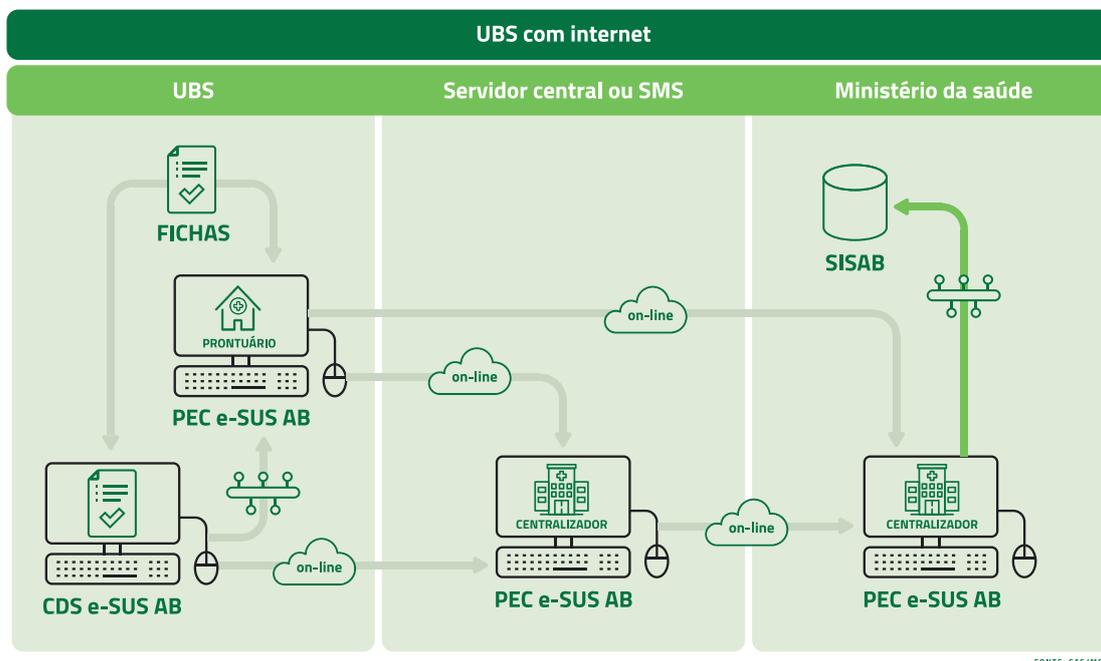


Nesse sentido, um sistema de informação alimentado de forma contínua e com dados de qualidade da população acompanhada pelas equipes de saúde, é essencial para que o município, por meio dos relatórios consolidados por território/equipe de saúde e demais abrangências das unidades geográficas, identifique e analise a resolutividade das ações realizadas na APS.

Com relação ao enfrentamento da obesidade e outros agravos nutricionais, os dados antropométricos e de consumo alimentar registrados no PEC e CDS são incorporados ao Sisaps e exportados para o SISVAN, de forma gradativa. No entanto, a Nota Técnica nº 51-SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS menciona que essa integração será efetiva se as equipes da APS registrarem os dados de antropometria e dos marcadores de consumo alimentar com a identificação do número do Cartão Nacional de Saúde do cidadão (BRASIL, 2017b).

Assim, cabe aos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal acompanhar e monitorar o envio de dados ao Sisaps, pois a qualidade dos dados é alcançada quando gestão e profissionais de saúde se entendem como um time que trabalha em prol da saúde e bem-estar da população.

Representação do funcionamento do Sisaps



Fonte: Adaptado de Brasil (2020, p. 129).

Mas, quais são as fragilidades atuais do SISVAN e do e-SUS AB?

Embora o SISVAN já exista há quase 3 décadas, ainda existem muitos problemas na sua efetiva implementação dentro dos municípios. Os principais problemas encontrados, de acordo com os estudiosos da área, são:

- 🍎 Baixa cobertura;
- 🍎 Coleta de dados não padronizadas e falta de capacitação dos profissionais;
- 🍎 Falta de equipamentos, de manutenção e de estrutura adequada nas Unidades Básicas;
- 🍎 Falta de comprometimento dos profissionais da APS e dos gestores locais;
- 🍎 Sobrecarga de atribuições das equipes de saúde;
- 🍎 Falta de devolutiva dos dados encontrados e rotatividade das equipes.

Quanto ao e-SUS APS, trata-se de um sistema ainda em aprimoramento e, periodicamente, uma nova versão tem sido disponibilizada, ampliando os dados para registro, e incorporando outros sistemas de informação, possibilitando, assim, novas informações. No entanto, tais atualizações implicam em capacitações permanentes da equipe e períodos sem acesso ao sistema online.

As irregularidades no acesso à internet e a ausência de dispositivos móveis para o uso em visitas domiciliares e ações coletivas no território também são fatores que limitam o uso do e-SUS APS.

E quais são as potencialidades desses Sistemas?

Como explicado no início deste material, a VAN é essencial para dados mais locais, já que os inquéritos nacionais não apresentam essa capacidade. Os resultados locais do monitoramento alimentar e nutricional possibilitam criar ou aderir a programas nacionais de saúde, de acordo com as necessidades da sua população, a partir de evidências.

NA PRÁTICA



Por exemplo, se um gestor acreditar que seja necessário aderir ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, uma maneira de fundamentar a adesão pode ser por meio dos marcadores de vigilância alimentar do SISVAN para menores de 5 anos. Para isso, o gestor poderia observar os dados de consumo de frutas, verduras e legumes para crianças entre dois e cinco anos cadastrados no SISVAN e, para menores de dois anos, verificar os dados de consumo de alimentos ricos em vitamina A consolidados nos relatórios de consumo alimentar, além de identificar o estado nutricional dessas crianças. Por meio dos dados de consumo alimentar e de estado nutricional, é possível identificar no município os territórios com crianças em maior vulnerabilidade à deficiência de vitamina A.

Além da adesão a políticas nacionais, o diagnóstico realizado a partir do SISVAN/e-SUS APS possibilita, dentro do fluxo de planejamento do monitoramento das ações estratégicas em saúde, a tomada de decisão para mudar a realidade presente (ação). Agir pode estar relacionado também à escolha, pelo gestor, de profissionais de saúde que podem compor as equipes do NASF-AB naquele território como, por exemplo, nutricionista, profissional de educação física, especialidades médicas (endocrinologista, cardiologista), fisioterapeuta, entre outros.

PARA REFLETIR



Depois de vermos a importância dos sistemas em saúde, o que você tem observado na prática do dia a dia sobre as facilidades e/ou dificuldades de acesso e do preenchimento de dados nesses sistemas?

Outra potencialidade do e-SUS APS é a sua capacidade interoperacional, que tem o propósito de unificar os dados gerados em diferentes sistemas, corrigindo a fragmentação de informações.

Nesse sentido, acredita-se que, atualmente, os dados provenientes dos Sistemas e-SUS APS e SISVAN sejam essenciais para o fluxo de planejamento do monitoramento do controle e enfrentamento da obesidade na APS, assim como outros agravos nutricionais.

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre a relevância da alimentação dos Sistemas em Saúde, sugerimos a leitura dos seguintes artigos, que exemplificam a importância da coleta de dados do SISVAN:

Tipo de alimentação consumida entre crianças de 2 a 4 anos no estado do Acre, através do SISVAN Web

Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015

Este capítulo trouxe para você mais uma ferramenta de gestão para te auxiliar a obter informações sobre o enfrentamento e controle da obesidade, e ajudar na tomada de decisão.

Lembre-se que, considerando a linha de cuidado e controle da obesidade, o papel do gestor deve ser de:

- 🍎 Identificar no seu município as fragilidades para a efetiva implantação do SISVAN (equipamentos antropométricos adequados, computadores e acesso à internet, equipe completa e capacitada quanto a operacionalização da VAN), paralelamente à operacionalização do e-SUS APS;
- 🍎 Elaborar estratégias de enfrentamento dos pontos críticos para efetiva implantação dos SIS;
- 🍎 Incorporar programas de avaliação e de monitoramento contínuos para otimizar o uso das informações geradas pela APS.

Diante de tais atribuições, você, gestor da APS, deve utilizar o conteúdo deste capítulo para reforçar a importância das informações geradas pelos sistemas para o planejamento, a execução e a avaliação de políticas e programas de saúde a partir das evidências de cada território, principalmente com relação à linha de cuidado e enfrentamento da obesidade no seu município!



Referências bibliográficas do capítulo

ALVES, I. C. R.; SOUZA, T. F.; PINHO, L. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional: relato de experiência. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 398-402, jul./set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15567>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 393-402, maio/jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000300009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n3/09.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. Erro em antropometria aplicada à avaliação nutricional nos serviços de saúde: causas, consequências e métodos de mensuração. **Rev. Nutrire**, v. 40, n. 2, p. 226-236, ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2316-7874.18613>. Disponível em: http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/467.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. 69 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2013]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – versão 3.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 466 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 56

p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica Nº 51-SEI/2017**: Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_51_sei_2017.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 33 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema e-SUS Atenção Básica**: Manual de Uso do Aplicativo e-SUS AB Atividade Coletiva – versão 1.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 44 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual%20App%20Atividade%20Coletiva%20v_1_0.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema e-SUS Atenção Básica**: Manual de Uso do Aplicativo e-SUS AB Território – versão 2.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 57 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_esusab_territorio_v1_3.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde**: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015a. 166 p. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **e-SUS Atenção Básica**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 528 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_Pec_3_2.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1:** Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006:** Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 308 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=136-pnds-2006-pesquisa-nacional-demografia-e-saude-da-crianca-e-da-mulher-relatorio-6&category_slug=saude-da-mulher-267&Itemid=965. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 132 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Continua.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 28 fev. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015d. 100 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

DAMÉ, P. K. V. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2155-2165, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/09.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

ENES, C. C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1543-1551, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.05872013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01543.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

FERREIRA, C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CESAR, C. C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 167-177, abr./jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S151938292013000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a10v13n2.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

JUNG N. M.; BAIRROS, F. S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1379-1388, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.20002013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01379.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00161516, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00161516>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00161516.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190028, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190028.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

PEREZ, A. I. C. et al. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **BEPA, Bol. epidemiol. paul.**, São Paulo, v. 10, n. 116, p. 1-13, ago. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v10n116/v10n116a01.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859-1870, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05072018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1859.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

ROLIM, M. D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil., **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.00902015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2359.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SANTOS, C. F. E.; CAMPOS, H. L. M. Perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 4, p. 63-70, out./dez. 2018. DOI: 10.21722/rbps.v20i4.24599. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24599/16755>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SOARES, E. L.; MEZADRI, T.; NUNES, P. Operacionalização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Município de Balneário Piçarras: Relato de Experiência. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 283-287, abr./jun. 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.p283. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5997/pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

TADDEI, J. A.; LANG, R. M. F.; LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A.; VEGA, J. B. **Nutrição em Saúde Pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2016. 560 p.

VIACAVAL, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 863-869, dez. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32317.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Geneva: WHO, 2010. 91 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44306/9789241599290_eng.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

CAPÍTULO IV

LIDERANÇA E CONSTRUÇÃO DE *ADVOCACY* PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO SUS



Camila Medeiros da Silva Mazzeti
Caroline Camila Moreira
Teresa Cristina Abranches Rosa

Neste capítulo, conversaremos sobre o que são a liderança e a construção de *advocacy* para o fortalecimento da atenção nutricional no SUS, buscando o enfrentamento e o controle da obesidade. Este é um conteúdo muito importante para o seu dia a dia profissional, uma vez que é exigido dos gestores da Atenção Primária em Saúde que exerçam sua influência sobre o comportamento e pensamento não apenas daquelas pessoas que comandam, mas também sobre áreas do legislativo, judiciário e executivo, bem como alguns setores da sociedade civil.

Essa influência é necessária para que algumas políticas de saúde e nutrição sejam implantadas em seu município ou região, buscando a promoção do enfrentamento e controle da obesidade de uma forma mais ampla, pensando em não somente nas pessoas que já adoeceram com a obesidade, mas também na proteção da sociedade em relação aos fatores de risco aos quais ela está exposta e a fazem adoecer.

Mapear quem será importante para esse processo de mudança é um importante papel atribuído ao gestor, ponto chave do processo, que entende que o trabalho da APS é feito em muitas mãos, ainda mais quando se trata de promoção da saúde e prevenção da obesidade. Para que você se empodere em seu papel e consiga fomentar mudanças específicas e necessárias nos seus municípios, o *advocacy* em saúde será um importante aliado.

1. LIDERANÇA COMO COMPETÊNCIA DE GESTÃO

Antes de falarmos sobre *advocacy* e atenção básica em nutrição, precisamos compreender qual o papel da liderança nesses processos. O que significa ser um líder dentro da gestão da atenção primária em saúde?

Segundo o dicionário da língua portuguesa Michaelis (2019), a palavra “líder” significa:



líder

substantivo de dois gêneros

1. indivíduo que tem autoridade para comandar ou coordenar outros;
2. pessoa cujas ações e palavras exercem influência sobre o pensamento e comportamento de outras.

Ou seja, você, gestor, é um líder que tem a missão de coordenar pessoas dentro da Atenção Primária em Saúde (APS) e de influenciar o pensamento e o comportamento das pessoas relacionadas direta ou indiretamente com o seu trabalho.

Mas, você já parou para refletir sobre o que, de fato, significa “liderar”, para além do título ou do cargo de líder?

As definições mais comuns de liderança (MENDES, [s.d.]) são:

Processo no qual pessoas influenciam outras a buscar um objetivo e direcionar a organização em um caminho que a torne mais coesa e coerente.

Processo no qual um indivíduo influencia um grupo de indivíduos para atingir um objetivo.

Perceba, na definição anterior, que a liderança diz respeito à orientação, à direção, a um caminho benéfico, desejado por todos do grupo. Ou seja, não se trata apenas de influenciar por influenciar, ou de utilizar estratégias de controle e subordinação. A ação de liderar deve, sempre, ter como base um objetivo comum.

Trabalhar com pessoas é sempre desafiador e, na liderança na APS não seria diferente. Você, gestor, lida em seu dia a dia diretamente com diversas situações de saúde e nutrição e com diversos profissionais de diferentes áreas de atuação. Orientar, direcionar e influenciar o grupo para um caminho que promova o bem-estar geral não é tarefa fácil, não é mesmo?

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o papel da liderança na Gestão em Saúde, recomendamos a leitura do artigo **“Liderança em Saúde: uma revisão integrativa da literatura”**, no qual são analisadas as características das produções científicas sobre liderança nos serviços de saúde no Brasil, de 1990 a 2014.

Já trabalhamos nos capítulos anteriores a importância da promoção da saúde e da prevenção da obesidade em relação a sua efetividade e na redução de custos potenciais que elas podem promover, quando retirada a atenção apenas da cura da doença.

Para que a promoção da saúde e a prevenção da obesidade no seu município sejam viáveis para APS, será necessário um conjunto de políticas e práticas públicas que não dependerá apenas de você, como gestor, mas as quais você poderá influenciar juntamente aos atores certos da sociedade que podem atuar juntamente do seu trabalho e liderança na mudança do cenário da obesidade no médio e longo prazo, tornando o SUS um sistema mais sólido e trabalhando em prol da redução da mortalidade e dos agravos da obesidade.

Para auxiliar no mapeamento dos atores chave nesse processo de mudança, existe a estratégia de *advocacy* em saúde, que iremos discutir adiante.

2. O QUE É *ADVOCACY*?

Você já ouviu falar do termo “*advocacy*”?

O termo *advocacy* representa um conjunto de ações que tem como objetivo, em um determinado contexto, transformar e/ou melhorar condições, atitudes e políticas. Sem tradução literal para o português, o *advocacy* envolve o planejamento e a realização de ações para a promoção e defesa de uma causa, uma ideia, uma proposta de interesse público, como é o caso das políticas públicas para prevenção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis como a obesidade (ACT, 2018).

NA PRÁTICA



Você ficou sabendo do Banquetaço, que aconteceu em agosto de 2019, no centro de São Paulo? O Banquetaço foi um ato no Festival Comida de Verdade, em defesa da feira do MST. Foram mais de mil refeições servidas, feitas com mais de 350kg de produtos orgânicos originários da agricultura familiar, que contaram também com a ajuda de 50 cozinheiros voluntários. Esse é um exemplo prático de uma ação de *advocacy* em prol da saúde e da nutrição.

O termo *advocacy* precisa ser utilizado com conhecimento básico sobre seu significado para evitar o entendimento equivocado que as pessoas podem fazer em relação a *advocacy* e *lobby*. O segundo é mais amplamente divulgado nas mídias e redes sociais, e tem como objetivo influenciar, a favor de um grupo específico, políticas futuras ou vigentes, por meio de contato direto com os chamados “tomadores de decisões”.

FIQUE ATENTO



O *lobby* é um tipo de contato que dá suporte à defesa de determinados interesses de grupos restritos, podendo ser feito por meio de diversos meios de comunicação (oral ou escrita, em meio físico ou eletrônico), direcionada aos Poderes Executivo e/ou Legislativo (GOZZETTO; MACHADO, 2019; GRAZIANO, 1997).

Ao compararmos ambas as estratégias, podemos perceber que a ideia de *advocacy* é mais ampla do que a de *lobby*, pois se tratam de ações voltadas para mudanças de lei ou de uma política pública, com interesses mais pautados nos direitos humanos e no bem-estar coletivo, e não apenas de alguns grupos da sociedade.

MULTIMÍDIA



Quer aprofundar seus estudos sobre o conceito de *advocacy* e como essa prática pode ser integrada no dia a dia de qualquer cidadão? Recomendamos que ouça o podcast "*Advocacy*", do Canal Educação Política – Politize!

As ações de *advocacy* também vão muito além do ativismo ou do atendimento filantrópico. Na verdade, ao fazer *advocacy* em si, pode-se utilizar do *lobby*, porém ainda há alternativas mais amplas e potencialmente livres de conflito de interesse, como campanhas, ações de iniciativa privada, articulação de setores, entre outras.

FIQUE ATENTO



É importante lembrar que *advocacy* é, acima de tudo, uma estratégia para mudanças políticas, estruturais ou comportamentais, sendo muito mais do que defender, pleitear, solicitar, pedir. O *advocacy* é um caminho para conquistas, passo a passo (CASTRO, 2016).

As estratégias de *advocacy* são frequentemente utilizadas por Organizações Não-Governamentais (ONGs) e alguns movimentos sociais, para nomear ações de defesa de interesses das coletividades nos campos social e econômico, geralmente voltados para a promoção do bem-estar público. De acordo com Gozzeto e Machado (2019, p. 2), uma estratégia de *advocacy* contemporânea teria por objetivo "gerar maior conscientização sobre uma causa pública, engajar atores relevantes na discussão, para então pressionar, via aqueles outros atores, o tomador de decisão".

Exemplos de temáticas de ações para o bem-estar público



Promoção dos Direitos Humanos



Conservação do meio ambiente



Erradicação do trabalho escravo



Erradicação do trabalho infantil

Fonte: os autores.

Ou seja, podemos dizer que *advocacy* é a denominação dada para a atuação de grupos ou indivíduos no sentido de influenciar políticas públicas e a opinião pública, como parte importante no desenvolvimento dos sistemas políticos e sociais. Pode ser realizada por meio de muitas atividades, como, por exemplo, *lobby*, ações de comunicação, campanhas de mídia, palestras públicas, realização e divulgação de pesquisas e mobilização para a inclusão, na agenda nacional, de temas de interesse social (MARCÍLIO; AMORA, 2011).

SAIBA MAIS



O termo “agenda” é utilizado nos contextos políticos e ideológicos para se referir ao conjunto de assuntos debatidos e às estratégias empregadas por determinados grupos, buscando alcançar objetivos específicos. Um exemplo é a agenda de combate ao tabagismo, que incluiu, entre outras medidas, a proibição de veiculação de anúncios de cigarros na televisão e mídias impressas, e a adição do alerta de perigos à saúde nas embalagens do produto.

Assim, *advocacy* passa a ser uma forma de não apenas identificar, abraçar e promover uma causa, mas também uma estratégia para politizar um tema diante da percepção pública, para que ele possa ser alvo de uma ação por parte do Estado, seja por meio de uma lei ou política pública.

SAIBA MAIS



Politizar um tema significa retirá-lo da esfera íntima, ou até socialmente paroquial, e demonstrar que o assunto impacta a vida de mais pessoas, qualificando-o assim para ser discutido publicamente, podendo ser alvo de decisões governamentais, o que é o caso da obesidade (MARCÍLIO; AMORA, 2011).

Isso significa que *advocacy* é uma arte! A arte de converter o impossível no inevitável, de dar voz às demandas e consolidá-las em críticas e propostas concretas, você não concorda?

3. *ADVOCACY* COMO ESTRATÉGIA PARA INCLUSÃO DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO NA AGENDA POLÍTICA

Continuando nossos estudos, vamos conhecer e entender o que é a agenda de Alimentação e Nutrição de interesse do Ministério da Saúde e como ela se aplica ao nosso Mato Grosso do Sul, na região centro-oeste e em zona de fronteira.

Como vimos nos tópicos anteriores, ter uma agenda, nesse contexto, significa ter definido o conjunto de assuntos a serem debatidos pelos grupos de interesse e estratégias a serem empregadas para alcançar objetivos específicos. A agenda de Alimentação e Nutrição tem sido defendida no Brasil de forma transversal às demais ações de saúde no país, sendo formulada e executada dentro das atividades do SUS. Seu foco é sempre os princípios doutrinários e privilegiando a questão da promoção da alimentação adequada e saudável para prevenção de doenças de fundo nutricional, como as carências de micronutrientes e o excesso de peso generalizado na população (JAIME et al., 2018).

SAIBA MAIS



Os princípios doutrinários do SUS são os ideais que norteiam as atividades do SUS. Todas as ações com relação ao SUS são tomadas tendo como base estes três princípios:

- **Universalidade:** garantia de que todos os cidadãos têm direito ao acesso à saúde.
- **Equidade:** garantia de que as necessidades distintas dos cidadãos sejam atendidas.
- **Integridade:** garantia de que uma pessoa tenha todas as suas necessidades atendidas.

Para saber mais sobre cada um deles, recomendamos que acesse a página "[Princípios do SUS](#)", do site do Ministério da Saúde.

A mensuração do investimento em alimentação em nutrição no Brasil é de difícil acesso se levarmos em conta se trata de um tema intersetorial e que as ações voltadas para a promoção da alimentação saudável ultrapassam apenas aquelas tomadas pelo setor da saúde, havendo ações intra e intersetoriais na saúde, na educação, no saneamento, na economia, e outras áreas.

FIQUE ATENTO



Desde a publicação da primeira versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, a União (Federal) é a principal financiadora das ações de alimentação e nutrição dentro do SUS, principalmente na compra de insumos e no repasse financeiro fundo a fundo para os estados municípios, como por exemplo no caso do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) (JAIME et al., 2018).

Como gestor e líder, é necessário que você compreenda que as questões de alimentação e nutrição no SUS atravessam e compõem a Rede de Atenção à Saúde em diferentes pontos e demandas. Portanto, ela deve ser contabilizada como condicionante e determinante da saúde da população saúde, e não apenas como um fator que dependa única e exclusivamente da saúde (JAIME et al., 2018).

3.1 ADVOCACY E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Você já ouviu falar do fenômeno chamado transição nutricional? Ele ocorre quando há a saída de um indivíduo de um quadro predominantemente de desnutrição para um quadro geral de excesso de peso.

Esse fenômeno está relacionado a uma ampla rede de mudanças nos padrões demográficos, socioeconômicos, ambientais, agrícolas e de saúde, envolvendo fatores tais como urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais (JAIME et al., 2018). Veja a seguir alguns exemplos desses tipos de mudanças:

Exemplos de mudanças que influenciam o processo de transição nutricional



Fonte: os autores.

Os sistemas alimentares englobam os processos de produção, transformação, distribuição, marketing e consumo de alimentos, e são apontados por diversos estudiosos como os principais responsáveis pela transição nutricional. Isso significa que esses sistemas devem ser entendidos não apenas como responsáveis pela oferta de alimentos, mas como potenciais promotores de dietas mais saudáveis e sustentáveis para todos. Por conta disso, são um dos grandes alvos de *advocacy* (JAIME et al., 2018).

Esse cenário nos coloca diante dos principais pontos que devemos observar para enfrentar e controlar a obesidade, entendendo que há muito além do tratamento do paciente obeso para se discutir como estratégia.

Ao olharmos para a evolução do estado nutricional infantil ao longo do século XX, podemos perceber que houve uma relação entre a redução das desigualdades sociais e a redução da desnutrição na infância. Essa relação nos indica que o enfrentamento dos problemas relacionados à alimentação e à nutrição são de natureza complexa e que não podem ser sanados apenas com a distribuição de alimentos ou de cestas básicas (JAIME et al., 2018).

NA PRÁTICA



Um grande exemplo de superação de problemas nutricionais de larga escala populacional foi o caso da desnutrição severa no Brasil. A superação da desnutrição infantil como fenômeno de saúde pública dependeu de programas públicos de controle da desnutrição, que avançaram de modelos paliativo-assistencialistas para o enfrentamento de seus determinantes sociais (como pobreza e falta de saneamento básico) e para a qualificação da atenção em saúde da criança, não extinguindo sua atuação apenas na distribuição de cestas básicas e leite para a população.

Tomando como base a experiência do combate à desnutrição, podemos compreender que a gestão deve focar não apenas em ações de “cura da obesidade” imediatistas, como é o caso da cirurgia bariátrica e de medicações para controle de peso e apetite. No lugar desse tipo de medida, precisam constar estratégias de promoção da alimentação saudável e de prevenção da obesidade, buscando que, a longo prazo, sejam reduzidos tanto o número de pessoas obesas quanto os gastos no SUS relacionados ao tratamento de complicações causadas pela obesidade.

3.2. AGENDA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL E AÇÕES NECESSÁRIAS PARA ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE

Você sabia que, em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou metas relacionadas à prevenção e ao controle das DCNTs, para serem alcançadas até 2025? E que o Brasil foi o primeiro país a firmar os compromissos com a OMS em busca do mesmo objetivo?

**Veja a seguir
quais foram
essas metas:**

Metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

-  25% de redução relativa do risco de mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.
-  30% de redução relativa na prevalência do uso do tabaco.
-  10% de redução relativa na prevalência de inatividade física.
-  30% de redução relativa na média de consumo de sal/sódio.
-  80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, preços acessíveis, incluindo genéricos, necessários para tratar DCNT.
-  Redução de pelo menos 10% do uso nocivo de álcool.
-  Deter o crescimento da diabetes e da obesidade.
-  25% de redução relativa na prevalência de hipertensão ou deter o aumento da prevalência da hipertensão arterial.
-  Pelo menos 50% de pessoas elegíveis receberem terapia medicamentosa e aconselhamento para prevenir ataques cardíacos e derrames.

Fonte: os autores.

Ainda em 2015, o Brasil apresentou à OMS seus compromissos com a Década de Ação das Nações Unidas para Nutrição. No total, foram 38 compromissos, que tiveram como base **seis pilares**, agrupados a partir das 60 recomendações do Plano de Ação da Segunda Conferência Internacional de Nutrição:

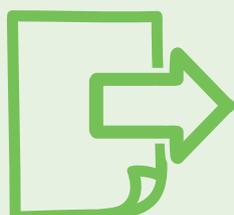
- Sistemas alimentares sustentáveis e promotores de alimentação saudável.
- Cobertura universal de ações em nutrição nos sistemas de saúde.
- Proteção social e educação nutricional.
- Comércio e investimento para melhor nutrição.
- Ambientes seguros e propícios para a nutrição em todas as idades.
- Revisão, fortalecimento e promoção da governança em nutrição e prestação de contas.

SAIBA MAIS



Para saber mais detalhes sobre os compromissos do Brasil com a Década de Ação das Nações Unidas para Nutrição, recomendamos a leitura do guia homônimo **“Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025)”**.

Além disso, em 2017, o Ministério da Saúde apresentou três metas para o cumprimento até 2019 que, apesar de terem sido metas audaciosas para se cumprir em apenas dois anos, apontam importantes estratégias para enfrentamento e controle da obesidade que precisam ser desenvolvidas em todo território nacional.



Metas a serem cumpridas como estratégias para os compromissos do Brasil com a

Década de Ação das Nações Unidas para Nutrição



Fonte: os autores.

Dentro da PNAN, fica destacado para essa agenda de prioridades três iniciativa que são apontadas como essenciais para o enfrentamento do excesso de peso, que são:

Iniciativas essenciais no enfrentamento do excesso de peso



Fonte: os autores.

Agora, ouça um pouco mais sobre cada uma dessas iniciativas:



OUÇA O PODCAST

Iniciativas essenciais para o enfrentamento do excesso de peso:
a agenda da PNAN

Quando pensamos em Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil, dentro dessa agenda, precisamos lembrar de vários fatores que vão nos ajudar com o desafio do controle da obesidade, dentre eles:

Desafios no controle da obesidade



Fonte: os autores.

As ações que precisam ser articuladas intersetorialmente em saúde, e que dizem respeito a agenda do controle da obesidade, embora sejam de proporções populacionais, precisarão ser trabalhadas em âmbito municipal (JAIME et al., 2018).

Dentro dessa lógica, é interessante que seja desenvolvida uma agenda em forma de linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCSO), com uma ótica não apenas focada em ações como a recomendação da cirurgia bariátrica, mas que também considere a organização de ações e serviços de saúde de forma integrada e interdisciplinar, abrangendo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento que possam responder às demandas necessárias para efetivo controle do problema.

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o Plano brasileiro e as metas Globais, sugerimos a leitura do texto **“As metas do Plano e as metas Globais para o enfrentamento das DCNT”**, publicado no site do Ministério da Saúde, que apresenta um comparativo entre as metas e os compromissos brasileiros e as metas globais definidas até 2025.

A agenda de alimentação e nutrição proposta a cada 4 anos pelo Ministério da Saúde possui as prioridades dos agravados da saúde relacionados a nossa alimentação. Você como gestor deve conhecer a agenda e trabalhá-la de forma local e descentralizada, pois o bom manejo alimentação pode representar uma redução de gastos importantes na área da saúde.

4. MAPEAMENTO DE ATORES ESTRATÉGICOS

EM *ADVOCACY* PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Agora, gestor, você já aprendeu o que é *advocacy* e o que é prioridade na agenda brasileira de alimentação e Nutrição para o enfrentamento e o controle e da obesidade.

Mas, além disso, também é importante dentro do *advocacy* que você possa mapear a sua própria rede de apoio para promover ideias e iniciativas que ajudem na prevenção da obesidade e na promoção da alimentação adequada e saudável.

Por isso, iniciamos este tópico com uma proposta de reflexão:

PARA REFLETIR



Faça a si mesmo a seguinte pergunta antes de avançar neste tópico: **“Quem dentro do meu município pode ser alvo do meu *advocacy* como gestor?”**.

Para responder a essa pergunta, você precisará de um mapa de atores, com indivíduos importante e influentes que possam ser sensibilizados à causa e que abracem o enfrentamento da obesidade de forma integral, entendendo que o esforço é contínuo, porque a obesidade é uma doença crônica e sua reversão poderá levar alguns anos.

Para que você possa fazer esse mapeamento da melhor forma, o primeiro passo é compreender como funcionam as estruturas de poder na nossa sociedade. Isso porque um dos grandes alvos das suas ações de *advocacy* será o governo do município, que engloba vários atores importantes. Mas, o que é o governo?

Ouçá o podcast a seguir que detalha a diferença entre governo e governança, e como o governo brasileiro funciona, incluindo sua divisão em três poderes.



OUÇA O PODCAST

Governo e governança: qual a diferença?

Para que você possa mapear com mais precisão os atores chave em seu município que poderão atuar no processo de *advocacy* na política ou em prol do enfrentamento e controle da obesidade, veja a seguir alguns de seus grupos e papéis:

Fonte: os autores.

Quem são os atores chave no processo de *advocacy*?



Atores

Governamentais

Os três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário.

Pessoas ligadas aos três poderes, mas com independência de pensamento e ação quanto à política oficial do governo. Funcionários públicos que trabalham junto à gestão eleita.

Agentes

Políticos



Não

Governamentais

Organizações em geral da sociedade civil, como sindicatos de trabalhadores, organizações de povos e comunidades tradicionais, movimento negro, movimento LGBTQI+.

Pessoas com conhecimento reconhecido sobre o tema, com trabalhos e opiniões consideradas pelo gestor público no momento da decisão.

Especialistas



Dentre desses grupos, temos algumas categorias e papéis de cada ator que podem te auxiliar na hora de fazer seu mapeamento:

Papéis de cada ator no processo de *advocacy*

Ator Papel	Descrição
Decisor	Aquele dotado de poder legal para tomada de decisão.
Conselheiro	Assessor direto do decisor, agente público ou privado com acesso ao decisor.
Medianeiro	Intermediário entre o beneficiário direto e os outros atores para efetivar as ações.
Financiador	Pessoa que disponibiliza recursos financeiros para investimentos em projetos de políticas públicas.
Fiscalizador	Aquele dotado de poder regulamentar de auditar projetos, contas e contratos.
Beneficiário indireto	Quem obtém ganhos com a implantação da política, porém não se qualifica como seu usuário.
Beneficiário direto	Demandante da política pública.

Fonte: Adaptado de Moraes (2013).

Um aspecto imensamente importante dentro do processo de *advocacy* é considerar que possuímos uma constituição que é mundialmente conhecida como “A Constituição Cidadã”, na qual a participação social é altamente privilegiada e inserida nos processos de governança e na própria regulação das ações de governo.

Nas ações de *advocacy* em saúde, ou pensando tecnicamente em ações de alimentação e nutrição, é importante escutar as demandas e transformar em parceiros os conselhos

de nível municipal como o Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSAN) e, algumas vezes, o Conselho de Alimentação Escolar, que apesar de não estar envolvidos na saúde, faz contato com determinantes da alimentação é constante e importante para entender as demandas sociais, como a temática de enfrentamento e controle da obesidade.

Vamos tratar mais profundamente da necessidade de controle social nas ações de *advocacy*, saúde e enfrentamento e controle da obesidade no próximo capítulo. Fique atento!

5. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA PROMOÇÃO DA AGENDA E MOBILIZAÇÃO

Outro ponto importante de discussão que será importante no *advocacy* é a questão da comunicação. Precisamos sensibilizar a sociedade sobre a necessidade das ações de *advocacy*, pois elas estão pautadas geralmente na defesa de direitos humanos básicos e a garantia de qualidade de vida (MALASPINA, 2015).

A comunicação será importante para entender e mapear os atores chaves que possam agir e/ou sensibilizar os entes que tem poder suficiente para fazer as mudanças em leis e políticas que almejamos para alcançar nossos objetivos, que no caso seria o enfrentamento e controle da obesidade.

Mas, você já ouviu aquela expressão “Quem fala para todo mundo, não fala com ninguém”? Essa é uma expressão verdadeira quando falamos de *advocacy*.

Como alerta Malaspina (2015), utilizar uma forma de comunicação generalista, ou seja, para todos, é raramente efetiva. Por isso, é necessário analisar as diversas motivações dos grupos de pessoas e dividi-las de acordo com essas motivações (falamos sobre isso no segundo tópico deste capítulo, você se lembra?).

Uma vez tendo mapeadas essas motivações e separados os grupos por suas afinidades, é possível trabalhar a forma de comunicação para “falar a língua” de cada grupo e, assim, torná-los também agentes de mudanças.

Malaspina (2015) reforça também que esse mapeamento vai muito além de traçar um perfil demográfico de cada grupo, mas, sim, compreender as pessoas e seus comportamentos. A comunicação tende a ser mais efetiva em grupos mais homogêneos ou em pessoas ideologicamente alinhadas em prol de uma causa, e, assim, você será capaz de dialogar com impacto direto na realidade dessas pessoas (ESCOLA DE ATIVISMO, 2015; MALASPINA, 2015).

FIQUE ATENTO



Para construir uma comunicação efetiva, você precisa entender mais de pessoas do que de processos!

Muitas vezes, tendemos a enxergar nosso público de forma ampla e genérica, argumentando que, para atingir o maior número de pessoas possível, é necessário comunicar para todos de uma só vez, no mesmo formato. Porém, é preciso entender que, quanto mais segmentada for a comunicação, mais eficiente ela será. É um engano crermos que vamos conseguir atingir “a sociedade”, de forma geral. É muito mais eficaz definir grupos de afinidade claramente e trabalhar as comunicações de forma segmentada, potencializando os esforços de comunicação (MALASPINA, 2015).

NA PRÁTICA



Mas, como essa comunicação diferenciada acontece na prática? Pense comigo: apesar de existir excesso de peso em vários setores da sociedade, falar de seus riscos e agravos vai ser diferente para gestantes e para crianças menores de 5 anos. Também será uma outra forma de comunicação para idosos. Devemos aplicar o mesmo às ações de *advocacy*. Os discursos devem ser diferentes em cada esfera de governo, ou em relação às entidades e organizações da sociedade, devendo carregar uma mensagem chave em torno do objetivo principal do *advocacy* (ESCOLA DE ATIVISMO, 2015).

5.1. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO DA AGENDA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Já vimos como nos comunicarmos da melhor forma com nosso público, mas como podemos fazer a propaganda e a divulgação da agenda de Alimentação e Nutrição para a população? Que estratégias e ferramentas podemos adotar?

Atualmente, as mídias sociais estão a favor da prática de *advocacy*. Por estarmos sempre conectados à rede, atentos, consumindo e disseminando informações, o compartilhamento dessas ideias com o mundo foi facilitado.

Mas, além de conversarmos diretamente com a população através das redes sociais, nós, indivíduos preocupados em trazer mudança social positiva, por meio de pessoas amigáveis e políticas pró-saúde, precisamos ter acesso aos governos.

Mas como conseguir esse acesso? Nem todos temos uma conexão direta com representantes dos governos para que levem nosso caso adiante. Podemos enviar cartas e e-mails aos representantes dos governos, mas nem sequer sabemos se eles lerão.

A mídia é extremamente eficaz para sensibilização geral, para questionar o governo e promover mudanças. Todos nós temos contato com TV, ouvimos rádio e lemos jornais, ou mesmo ficamos sabendo dos últimos acontecimentos por recomendação ou postagens de amigos online. Assim podemos ter conhecimento das questões são “quentes” e precisam ser endereçadas. A mídia pode auxiliar na sensibilização dos governantes (ou mesmo envergonhá-los!) e, com isso, direcionar sua atenção para as causas urgentes (ESCOLA DE ATIVISMO, 2015; MALASPINA, 2015).

FIQUE ATENTO



Nesse processo, a informação divulgada irá atingir não somente o governo, mas também a população civil no geral, com isso fortalecendo a causa do nosso trabalho de *advocacy*. As notícias têm o poder de influenciar a agenda dos governos na maioria dos países. Quanto mais um assunto é abordado na mídia, mais informação circula e mais pessoas se preocuparão com ele, e com isso, mais o governo será pressionado a prestar assistência. (ESCOLA DE ATIVISMO, 2015; MALASPINA, 2015).

Para assegurar que as mensagens chegarão aos tomadores de decisão, sugerimos que você crie canais de comunicação nas redes sociais e aplicativos de troca de mensagens, reúna um compilado de notícias de fontes confiáveis e de qualidade, e as envie regularmente para aqueles que tenham influência sobre a área do seu *advocacy*.

NA PRÁTICA



Um exemplo recente foi a questão das queimadas na região da Amazônia, que repercutiu não apenas no governo e população brasileira, mas internacionalmente. Se você, na sua região, não tem acesso direto aos legisladores, um meio efetivo de atingi-los é por meio da mídia. Até mesmo se você tiver acesso direto, a mídia poderá fortalecer o seu caso.

A cobertura da mídia também vai te ajudar a encorajar a opinião pública a enxergar a importância do seu assunto. Lembre-se que, para que as pessoas continuem discutindo e enxergando a necessidade da iniciativa, é necessário manter os temas em evidência nas notícias. Para isso, temos que ter a atenção dos jornalistas, entender o que eles querem e transformar nossos assuntos em notícias interessantes (COALITION QUÉBÉCOI POUR LE CONTRÔLE DU TABAC, 2006; ESCOLA DE ATIVISMO, 2015; MALASPINA, 2015).



ASSISTA AO VÍDEO

[Redes sociais e advocacy](#)

Com relação à agenda de Alimentação e Nutrição, foco principal do nosso projeto, recomendamos alguns perfis institucionais com produção constante de conteúdos atualizados, com respaldo científico e em linguagem comunicacional extremamente atrativa aos leitores:

- 🌱 ACT Promoção da Saúde ([@insta.act](#))
- 🌱 IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor ([@idecbr](#))
- 🌱 Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável ([@aliancaalimentacao](#))
- 🌱 O Joio e o Trigo ([@ojoioeotrigo](#))

SAIBA MAIS



Se você gosta de criar conteúdos e compartilhá-los, sugerimos algumas fontes em que você encontrará informações confiáveis sobre saúde:

Organização Mundial da Saúde

Ministério da Saúde

ACT Promoção da Saúde

Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável

Instituto de Defesa do Consumidor

Guia Alimentar para a População Brasileira



6. ADVOCACY PARA ENFRENTAMENTO

E CONTROLE DA OBESIDADE

Neste momento, você gestor, promovendo políticas e iniciativas de promoção da saúde para prevenção da obesidade, deve estar se perguntando: “Como utilizo na prática o *advocacy*, uma ferramenta tão pouco explorada até então no enfrentamento e controle da obesidade?”.

Primeiramente, é necessário realizar um mapeamento dos Projetos de Lei (PL) que existem em seu município e estado. Veja no vídeo a seguir como fazer essa busca.

Hoje a busca é facilitada pela informatização, que possibilita a consulta dos PL via site oficial das respectivas câmaras municipais e estaduais. Veja como fazer essa consulta.



ASSISTA AO VÍDEO

[Como consultar os Projetos de Lei de seu município](#)

Após realizar o levantamento de todos os PL de interesse da agenda pela alimentação e nutrição, é necessário realizar um estudo do perfil, identificando de quem é a autoria, analisando o teor do projeto e verificando se é favorável ou não a nossa agenda. Esse mapeamento servirá de instrumento para traçar estratégias de *advocacy* no intuito de influenciar na tramitação dos PL, buscando não aprovar, modificar o teor ou aprovar determinado projeto.

FIQUE ATENTO



As ações de *advocacy* podem ser realizadas por carta, e-mail e preferencialmente pessoalmente, agendando uma reunião sobre o PL de interesse. É importante você saber em que situação o PL se encontra e comparecer munido de materiais que respaldam cientificamente o parecer que a agenda defende.

Caso o seu município não possua PL em tramitação, é importante mapear vereadores que tenham perfil compatível e interesse em comum à agenda da alimentação e nutrição. O contato pode ser feito via carta, e-mail ou pessoalmente, e você precisa estar munido de materiais como Projetos de Lei aprovados e executados com sucesso em outros locais.

SAIBA MAIS



Casos inspiradores que podem mudar a saúde pública brasileira são reunidos no site **Alimentando Políticas**, um projeto independente de pesquisa criado e mantido pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), que promove fundamentação científica para gestores públicos preocupados em criar políticas públicas efetivas relacionadas à alimentação e à nutrição.

Ao pensar em práticas de *advocacy* que você, gestor de saúde, pode começar a fazer em seu município, você pode buscar inspiração em iniciativas nacionais e de outras comunidades internacionais que deram certo. Faça a si mesmo a seguinte pergunta: “quais são as políticas e iniciativas que já acontecem no contexto da promoção, que minhas práticas de *advocacy* podem fomentar em meu município?”

NA PRÁTICA



Por exemplo, temos iniciativas de taxação de alimentos ditos “não saudáveis”, como as bebidas açucaradas (sucos artificiais, sucos de caixinha e refrigerantes) para diminuir seu consumo, que é cientificamente relacionado com a obesidade, ou, seguindo a mesma lógica, subsídios para estabelecimento de feiras e cooperativas da agricultura familiar, com recursos orçamentários da prefeituras para incentivo da promoção do acesso a alimentação adequada e saudável.

Também é importante que você se informe sobre a adesão de projetos e iniciativas do Ministério da Saúde voltadas para promoção da saúde e para a prevenção da obesidade, como é o caso da adesão ao Programa de Academias da Saúde, ao Programa Saúde da Escola e ao Programa Crescer Saudável.

Esses exemplos são apenas algumas iniciativas possíveis em nível municipal e que tem potencial para diminuir gastos e dificuldade na área da saúde a médio e a longo prazo, pois promove saúde e previne doenças. Isso tudo pode acontecer por meio da movimentação que você, gestor, pode provocar ou iniciar juntamente a administração municipal.

MULTIMÍDIA



Quer saber mais sobre como exercer a cidadania em nível municipal, independente de ocupar o cargo de gestão ou não? Recomendamos que ouça o podcast [“23 formas de exercer a cidadania em nível municipal”](#), do Canal Educação Política – Politize!

6.1 FORTALECENDO SUAS AÇÕES DE *ADVOCACY* (AGORA É A SUA VEZ!)

Agora que você já conhece os processos de *advocacy* e como colocá-lo em prática, recomendamos que você os fortaleça por meio da sua influência e de algumas ações no dia a dia de sua profissão. A seguir, deixamos algumas dicas sobre como fazer isso.

O primeiro passo é promover o conhecimento e o treinamento de profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde acerca dos documentos e das diretrizes oficiais do Ministério da Saúde, como o [Guia Alimentar para a População Brasileira](#) e a recomendação dos [Dez passos para uma alimentação adequada e saudável](#).

SAIBA MAIS



A segunda edição do **“Guia Alimentar para a População Brasileira”** foi lançada em 2014. O Guia é composto por 158 páginas e conta com recomendações gerais para a escolha de alimentos, orientações na forma como combinar os alimentos nas refeições e orientações sobre o ato de comer, em si. O Guia também está disponível em **versão de bolso** e em **áudio**. O Guia é complementado pelas recomendações dos **Dez passos para uma alimentação adequada e saudável**.

Outra dica é fazer sempre a leitura e o compartilhamento de materiais publicitários sobre alimentação saudável e controle de peso disponíveis nos sites do governo federal, como o RedeNutri, em canais de comunicação direta com a população de sua comunidade, promovendo o engajamento e mostrando que a gestão municipal está preocupada com a questão.

Também é interessante que você, como gestor, faça a promoção de ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) por meio de oficinas e de materiais já produzidos e disponibilizados sob licenças abertas e em Domínio Público, para todos os tipos de público. Esse tipo de ação pode incentivar, ainda, que a EAN seja implementada também no currículo escolar municipal, sendo discutida com crianças e adolescentes.

FIQUE ATENTO



Alguns programas podem auxiliar nesse processo, como o **Programa Saúde na Escola**, com a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde de Família (NASF) nas escolas do município, tanto em EAN, quanto em Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Além das ações de EAN, você pode fazer sugestões no âmbito municipal. Por exemplo, que ambientes como restaurantes, cantinas e lanchonetes, por meio de portaria, precisem fornecer ou vender uma alimentação próxima daquela recomendada pelo Guia Alimentar da População Brasileira. Isso pode – e deve – incluir *coffee breaks* e almoços em eventos realizados e nas imediações dos órgãos municipais.

NA PRÁTICA



Um exemplo dessa ação é a Portaria Ministerial No 1274, de julho de 2016 do Ministério da Saúde já tomando esse tipo de iniciativa. Isso pode ser alvo do seu *advocacy*, uma vez que no ambiente de trabalho da prefeitura, a obesidade e DCNT também são realidades dos trabalhadores e gestores.

Ações de medidas regulatórias também podem ser pleiteadas e levadas a conselhos, como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSAN) para que a prevenção e o controle da obesidade possam ser realidade em seu município. Você pode pleitear, por exemplo, a existência de lei municipais de sobretaxação de alimentos não saudáveis (ultraprocessados), como refrigerante e sucos artificiais, e criação de ambientes alimentares saudáveis, como organização ou ampliação de feiras livres, instituição de férias orgânicas, diminuição de impostos municipais para o pequeno agricultor, e leis de cantinas saudáveis, proibindo a venda de alimentos que causem obesidade na população.

SAIBA MAIS



Ações parecidas já tem iniciativas estaduais e nacionais, como a regulamentação da rotulagem frontal de alimentos e a regulação de publicidade de alimentos para crianças.

Você, gestor, também pode aderir a iniciativas nacionais, como o programa [Crescer Saudável](#), que visa prevenção e tratamento da obesidade. O Crescer Saudável corresponde a ações articuladas, a serem implementadas na Rede de Atenção à Saúde do SUS para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, buscando prevenir, controlar e tratar a obesidade infantil. Suas ações estão focadas em vigilância alimentar, promoção da alimentação adequada e saudável, incentivo às práticas corporais e de atividade física e oferta de cuidados específicos na APS para crianças com obesidade (JAIME et al., 2018) e o governo federal destina verbas específicas para municípios que fizerem a adesão ao programa.

MULTIMÍDIA



Para te auxiliar a incluir práticas de *advocacy* em seu dia a dia, elaboramos para você o material [“Ações para a implementação de estratégias de *advocacy*: checklist do Gestor AB”](#). Sinta-se à vontade para utilizá-lo e compartilhá-lo!

Chegamos ao final do Capítulo IV! Missão Cumprida!

Nesse módulo, você pôde conhecer a prática do *advocacy* e seus significados, entendendo a sua diferença em relação ao lobby, e identificando a prática como uma ferramenta útil para que você possa agir junto ao poder público e viabilizar medidas que vão ajudar direta ou indiretamente a saúde, manejar a situação e até cortar alguns custos a longo prazo.

Também foram apresentados a você a agenda de alimentação e nutrição e os objetivos com os quais o Brasil se comprometeu publicamente, em relação à obesidade, além de conceitos como a transição nutricional.

Ao longo do capítulo, você também teve a oportunidade de acompanhar a importância do *advocacy* e da articulação com os atores-chave necessários para que o processo todo seja viável, além de entender a abordagem coletiva da obesidade, bem como a inclusão da participação social para seu enfrentamento. Assim, você também pôde compreender que ações coletivas são necessárias para que haja de fato mudanças em nosso ambiente alimentar, para que possamos promover saúde e prevenir obesidade, como principal estratégia de ação da atenção primária em saúde.

Este capítulo te deu ferramentas para que possa trabalhar junto aos poderes Executivo e Legislativo ações de interesse da saúde que ajudem a implementar melhor as políticas de Alimentação e Nutrição em seu município.

Juntamente com o conhecimento adquirido nos capítulos anteriores, você já está por dentro de como o financiamento acontece e como podemos aderir a programas de controle e combate à obesidade em diferentes ambientes e para diferentes faixas etárias. Isso significa que você já pode começar a agir em sua localidade para implantação de medidas que, em médio e longo prazo, possam contribuir para o enfrentamento e controle da obesidade em seu município.

Agradecemos por nos acompanhar até aqui!

Vamos em frente no enfrentamento e controle da obesidade!



Referências bibliográficas do capítulo

ACT. Promoção da Saúde. **Advocacy como instrumento de apoio a políticas públicas**. 2018. Disponível em: <http://actbr.org.br/post/advocacy-como-instrumento-de-apoio-a-politicas-publicas/17267/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ACT. Promoção da Saúde. **Fazendo Pesquisa para Advocacy**: A arte de converter o impossível no inevitável – e com baixo custo. 2006. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/49_860_TABA.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

BERGAMINI, C. W. Liderança: a administração do sentido. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 102-114, maio/jun. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v34n3/a09v34n3.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Recomendação nº 67, de 13 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a necessidade de conferir prioridade para ações de prevenção e combate da obesidade infantil e promoção da alimentação saudável e do aleitamento materno. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Recomendacoes/Recomendao-67.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

CASTRO, D. **Advocacy**. Como a sociedade pode influenciar os rumos do Brasil. São Paulo: SG Amarante Editorial, 2016. 97.p.

COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a09.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

COALITION QUÉBÉCOI POUR LE CONTROLÊ DU TABAC. **Fazendo pesquisa para Advocacy**: A arte de converter o impossível no inevitável – e com baixo custo. 2006. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/49_860_TABA.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

ESCOLA DE ATIVISMO. **Caderno de comunicação para o ativismo**. 2013. Disponível em: <https://escoladeativismo.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Caderno-de-comunica%C3%A7%C3%A3o-para-o-ativismo.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

FELIX, J.; ARRUDA, S. **Guia para Orientar Ações de Advocacy**. Resultante da formação em *advocacy* em matéria de VGB, no âmbito do “Programa de implementação da lei especial

sobre a VGB". 2014. Disponível em: <https://www.icieg.cv/images/phocadownload/ICIEG-Advocacy.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

GOZZETO, A; MACHADO, L. **Cause**. Ainda é necessário esclarecer conceitos: Lobby x *Advocacy*. [s.d.]. Disponível em: <http://www.cause.net.br/ainda-e-necessario-esclarecer-conceitos-Lobby-x-Advocacy/>. Acesso em: 24 nov. 2019.

GRAZIANO, L. O Lobby e o interesse público. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 12, n. 35, fev. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v12n35/35luigi.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

GREENPEACE. **The Mobilization Cookbook**. [s. d.]. Disponível em: <https://mobilisationlab.org/resources/the-mobilisation-cookbook/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

INSTITUTO ALANA. Apresentação. In: INSTITUTO ALANA. **Caderno Legislativo - Publicidade infantil**: Análise dos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. São Paulo: Instituto Alana, 2016. p. 4-7. Disponível em: http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/caderno_legislativo.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

INSTITUTO ALANA. Entendendo o Processo Legislativo. In: INSTITUTO ALANA. **Caderno Legislativo - Publicidade infantil**: Análise dos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. São Paulo: Instituto Alana, 2016. p. 8-14. Disponível em: http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/caderno_legislativo.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1829.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

KARAGEORGIADIS, E.V. **Marco legal da primeira infância**: estudo sobre *Advocacy* e Lobby para a infância, a educação e o desenvolvimento social. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu – Infância, Educação e Desenvolvimento Social). Instituto Superior de Educação de São Paulo – Singularidades, São Paulo, 2016. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1741. Acesso em: 25 nov. 2019.

LIBARDONI, M. Fundamentos teóricos e visão estratégica da *advocacy*. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 207, jan. 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936/11202>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MALASPINA, T. Escola de Ativismo. **Quem fala para todo mundo não fala com ninguém**. 2015. Disponível em: <https://medium.com/ativismo-e-mobiliza%C3%A7%C3%A3o/quem-fala-para-todo-mundo-n%C3%A3o-fala-com-ningu%C3%A9m-a95b208c5f87>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MARCÍLIO, M. T. O.; AMORA, G. (org.). **Primeira infância em primeiro lugar**: experiências e estratégias de *Advocacy*. Salvador, 2011. 152.p. Disponível em: http://criancaconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Primeira_Infancia_Advocacy.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

MENDES, R. **Gestão por competências**. Conceito de liderança. [s. d.]. Disponível em: <https://www.gestaoporcompetencias.com.br/conceito-de-lideranca/>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 2019. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MORAIS, A. C. de. Ferramentas para a condução de *Advocacy*: Revisão da Legislação e Mapeamento Político. In: **Seminário Nacional sobre *Advocacy* para ONGs com foco em Segurança no Trânsito**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/13420/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

NCD ALLIANCE. **Prioridades de *Advocacy***: Reunião de Alto Nível da ONU sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2018. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivos/PTBR_Priorities_enough_site.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

PERALTA, J. G.; PERUZZO, N. A.; BOTH, V. (col.). **Direito à saúde: desafios ao controle social**. 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2013. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/339/CEAP-RS_direito_saude_desafios_controle_social.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 nov. 2019.

CAPÍTULO V

LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE (LCSO)



Karine Domingos de Araújo

Neste capítulo, a fim de compreender de que forma você pode atuar para articular recursos na sua Região de Saúde para o tratamento da obesidade, teremos como alvo a seguinte questão: o que é a LCSO e como ela pode ser organizada e executada nos diferentes níveis de atenção à saúde?

No tópico 1, Aspectos Gerais da Obesidade, estudaremos conceitos básicos e a epidemiologia da obesidade, com dados de prevalência no mundo, no Brasil e no estado de Mato Grosso do Sul. Além disso, serão abordados os custos de tratamento da obesidade (e de possíveis doenças associadas) para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Já no tópico 2, Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LSCO), abordaremos as atribuições definidas para os níveis de Atenção à Saúde de indivíduos obesos – Atenção Primária, de Média e Alta Complexidade – além dos respectivos locais em que são realizadas, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academias de Saúde, Ambulatórios e Hospitais.

A partir dessas informações, você poderá compreender melhor as diretrizes nacionais que dizem respeito à organização da LCSO, e quais estratégias de atenção nutricional podem ser aplicadas às pessoas com obesidade em sua região de atuação.

1. ASPECTOS GERAIS DA OBESIDADE

Podemos definir a obesidade como o acúmulo excessivo de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, por trazer diversas complicações metabólicas. Essa doença pode ser compreendida como um agravo do sobrepeso, e possui caráter multifatorial, visto que suas causas estão relacionadas a fatores biológicos, psicológicos, ambientais e socioculturais (ABESO, 2016).

Convenciona-se mensurar o sobrepeso e a obesidade através do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso (em kg) pela altura (em m²). Consiste no cálculo mais utilizado para avaliação do peso corporal da população, por ser um bom indicador, simples, prático e de baixo custo. Contudo, deve-se destacar que o IMC não distingue massa magra e massa gorda, não sendo útil para avaliar a composição corporal (ABESO, 2016). O quadro a seguir mostra a classificação do IMC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para pessoas adultas.

Classificação do estado nutricional para adultos, segundo o IMC.

IMC (kg/m ²)	Diagnóstico nutricional
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e <25,0	Adequado ou Eutrófico
≥25,0 e <30,0	Sobrepeso
≥ 30,0 e < 35,0	Obesidade I
≥ 35,0 e < 40,0	Obesidade II
≥ 40,0	Obesidade III

Fonte: WHO (1995).

Existem gráficos, publicados pela OMS, utilizados para classificar o IMC durante a infância e a adolescência, visto que, nestas fases da vida, o IMC sofre mudanças não só por conta do peso, mas também por variações na estatura e na idade. O Ministério da Saúde estipula,



ainda, critérios diferentes para a classificação de idosos (indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos): considera-se como adequado IMC > 22 e < 27 kg/m². Isso porque, nesta fase, há maior possibilidade de perda de massa magra, ganho de gordura, e redução da estatura por desvios na coluna vertebral (ABESO, 2016).

1.1 EPIDEMIOLOGIA

Antes de falarmos sobre a epidemiologia da obesidade no Brasil e no mundo, assista ao vídeo a seguir para compreender o conceito de “transição nutricional” e a prevalência de sobrepeso e obesidade.



ASSISTA AO VÍDEO

Prevalência de sobrepeso e obesidade

1.1.1 NO MUNDO

A obesidade é uma condição de saúde complexa, com dimensões sociais e psicológicas, que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Em 1995, cerca de 200 milhões de adultos e 18 milhões de crianças menores de cinco anos estavam obesos em todo o mundo. A partir de 2000, o número de casos de obesidade na idade adulta aumentou para 300 milhões (WHO, 2019).

A combinação de ingestão excessiva de calorias, dietas desequilibradas e menores níveis de atividade física implica em uma crescente epidemia de obesidade em vários países do mundo. Em países de baixa e média renda, esses problemas coexistem com desnutrição e deficiências de micronutrientes, o que se traduz em uma “carga tripla” de desnutrição (OCDE; FAO, 2019).

A fim de reduzir as taxas de sobrepeso e obesidade, os países-membros da OCDE implementaram um conjunto de iniciativas, como:

- 🍎 Campanhas na mídia para promover os benefícios de uma alimentação saudável;
- 🍎 Ações de Educação Alimentar e Nutricional nas escolas;
- 🍎 Cobrança de impostos sobre alimentos e bebidas com excesso energético, para desestimular o consumo;
- 🍎 Rotulagem de alimentos, para informar o valor nutricional;
- 🍎 Acordos com a indústria de alimentos para melhorar a composição nutricional dos produtos.

FIQUE ATENTO



Apesar desses esforços, a epidemia da obesidade ainda não foi revertida, o que evidencia a complexidade dessa questão em todo o mundo (OECD, 2019).

1.1.2 NO BRASIL

Ao observarmos os últimos inquéritos nutricionais brasileiros, podemos notar que as prevalências de excesso de peso têm aumentado continuamente ao longo dos anos, para ambos os sexos e em todas as faixas etárias. Logo, a fim de conhecer essa distribuição em nosso país, utilizaremos como base duas pesquisas nacionais de grande extensão: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e o Inquérito Telefônico para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel).

FIQUE ATENTO



A PeNSE consiste em um inquérito cujo objetivo é coletar informações sobre os hábitos de adolescentes escolares, a fim de dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dessa população. Sua última edição, publicada em 2016, estimou em mais de 13 milhões o número de estudantes com idade entre 13 e 17 anos, frequentadores do ensino fundamental e médio no Brasil (BRASIL, 2016).

Nesse estudo, a prevalência de excesso de peso foi avaliada a partir do IMC-para-estatura. Considerando os resultados no Brasil, segundo o sexo, dentre as meninas foi encontrada a prevalência de 23,8% de sobrepeso e 7,3% de obesidade. Já dentre os meninos, observou-se 23,7% de sobrepeso e 8,3% de obesidade (BRASIL, 2016).

O quadro a seguir mostra a distribuição de sobrepeso e obesidade na população de escolares no Brasil e em cada uma das Grandes Regiões. Note que a prevalência de sobrepeso ultrapassou 20% em todas as regiões, sendo o Sul com o maior percentual e o Nordeste com o menor. Quanto à distribuição da obesidade, o Sul também apresentou o maior número de casos, enquanto o Norte foi a região com a menor prevalência.

Distribuição de sobrepeso e obesidade em escolares de 13 a 17 anos.

Região	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)
Norte	21,2	6,1
Nordeste	20,5	6,4
Sudeste	24,8	8,3
Centro-Oeste	25,0	8,1
Sul	28,2	10,2
Brasil	23,7	7,8

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

FIQUE ATENTO



A Vigitel tem como objetivo avaliar os fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em indivíduos brasileiros, com idade maior ou igual a 18 anos. Nessa pesquisa, o estado nutricional é classificado através do IMC, calculado a partir do peso e estatura autorreferidos. Dados de 2018, publicados em 2019, apontam que as frequências de sobrepeso e obesidade se manifestam de diferentes formas em cada estado.

Considerando o conjunto das 27 cidades brasileiras avaliadas (26 capitais e Distrito Federal), a frequência de sobrepeso foi de 55,7%, sendo maior entre o sexo masculino (57,8%) do que entre o feminino (53,9%). Quanto aos fatores associados, notou-se que essa frequência diminuiu com o aumento do nível de escolaridade, para ambos os sexos; e aumentou com a idade, até os 44 anos para os homens, e até 64 anos para as mulheres (BRASIL, 2019b).

Maiores frequências de sobrepeso em capitais brasileiras, em 2018.

Maiores frequências de excesso de peso



Homens

Porto Alegre: 66,7%

Rio Branco: 65,2%

Cuiabá: 65,1%



Mulheres

Rio de Janeiro: 58,4%

Manaus: 56,8%

São Paulo e Cuiabá: 56,6%

Fonte: Os autores, com base em Brasil (2019b).

Da população avaliada, 19,8% apresentavam obesidade, sendo maior a frequência entre mulheres (20,7%) do que entre homens (18,7%). Pôde-se observar que, em ambos os sexos, a frequência dessa enfermidade diminuiu com o aumento do nível de escolaridade, especialmente para mulheres; e aumentou com a idade, até os 44 anos para os homens, e até 64 anos para as mulheres (BRASIL, 2019b).

Maiores frequências de obesidade



Homens

Manaus: 27,1%

Cuiabá: 25,4%

Porto Velho: 23,2%



Mulheres

Rio de Janeiro: 24,6%

Rio Branco: 23,0%

Recife: 22,6%

Fonte: Os autores, com base em Brasil (2019b).

Nessa pesquisa, o consumo de frutas e hortaliças também foi avaliado, sendo considerado consumo regular a ingestão desses alimentos em cinco ou mais dias da semana. Além disso, avaliou-se a frequência de adultos fisicamente inativos. Como essas duas variáveis estão diretamente relacionadas ao estado nutricional, é importante que você também conheça esses resultados.

O panorama final mostrou que a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 23,1%, sendo maior entre mulheres (27,2%) do que entre homens (18,4%). Levando em conta o sexo feminino, a frequência de consumo aumentou com a idade até os 64 anos; já o sexo masculino não apresentou padrão de variação relacionado à idade. Em ambos os sexos, esse consumo aumentou com o nível de escolaridade (BRASIL, 2019b).

Do total das cidades avaliadas, 13,7% da população mostrou-se fisicamente inativa, com maior percentual para o sexo feminino (14,2%) do que para o masculino (13,0%). Pôde-se notar que, entre os homens, essa frequência tende a aumentar com a idade; já entre as mulheres, ela diminui até os 44 anos e aumenta a partir desta idade. Além disso, foi constatada menor frequência de inatividade física em estratos de maior escolaridade, para ambos os sexos (BRASIL, 2019b).

FIQUE ATENTO



Dentre os seus resultados, a VigilTel apresenta a variação temporal estatisticamente significativa dos indicadores avaliados, mostrando a frequência encontrada do primeiro ao último ano de pesquisa. O quadro a seguir mostra a variação temporal dos quatro indicadores apresentados nesta unidade. Note que, ao longo dos anos, houve um aumento do consumo de frutas e hortaliças, e uma redução da inatividade física. Contudo, houve um aumento considerável no número de casos de sobrepeso e obesidade.

Frequência anual dos indicadores com variação temporal significativa,

para ambos os sexos.

Indicadores	Variação temporal	
	2006	2018
Sobrepeso	42,6%	55,7%
Obesidade	11,8%	19,8%
	2008	2018
Consumo recomendado de frutas e hortaliças	20,0%	23,1%
	2009	2018
Inatividade física	15,9%	13,7%

Fonte: Os autores, com base em Brasil (2019b).

NA PRÁTICA



Você sabia que, de maio a novembro de 2019, foi realizado um inquérito inédito no país? O objetivo foi coletar informações sobre hábitos alimentares, peso, estatura e mapeamento sanguíneo de 14 micronutrientes de crianças com idade entre seis meses e cinco anos. Além disso, foram abordadas questões sobre amamentação, doação de leite materno e condições sociais das famílias. Esse é um exemplo prático da importância dos inquéritos nutricionais para a obtenção de dados epidemiológicos em nosso país.

1.1.3 NO MATO GROSSO DO SUL

Dados da Vigitel, de 2018, apontam que Campo Grande foi a sexta capital brasileira com maior percentual de sobrepeso (58,5%), sendo mais elevada a frequência entre os homens (61,2%) do que entre as mulheres (56,1%). Considerando o percentual de obesidade, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, sendo a frequência no sexo masculino de 21,4% e no feminino 21,5% (BRASIL, 2019b).

Ao analisar os dados sobre hábitos alimentares, podemos notar que mais de um terço da população (35,1%) consome frutas e hortaliças por cinco ou mais dias na semana, sendo maior o consumo entre o público feminino (40,3%) do que entre o masculino (29,3%) (BRASIL, 2019b).

Quanto ao consumo de refrigerantes, por cinco ou mais dias na semana, Campo Grande apresentou uma frequência de 17,4%, sendo consideravelmente maior entre homens (21,4%) do que entre mulheres (13,8%). Esses percentuais de consumo fizeram com que a capital atingisse a sexta posição entre todas as cidades avaliadas (BRASIL, 2019b).

Ao verificar os dados de inatividade física, foi encontrada maior frequência entre o sexo masculino (12%) do que entre o feminino (9,6%). Comparada às outras capitais, Campo Grande apresentou a menor frequência de inatividade física por mulheres (BRASIL, 2019b).

Outro dado importante foi o diagnóstico médico de hipertensão arterial. A frequência apresentada pela população campo-grandense foi de 26,0%, sendo ligeiramente maior entre homens (26,5%) do que entre mulheres (25,6%). Quando comparada às outras 26 cidades, Campo Grande apresentou o maior percentual de hipertensão arterial entre o público masculino (BRASIL, 2019b).

O quadro a seguir traz uma comparação entre as frequências no Brasil e em Campo Grande para os indicadores citados anteriormente. Pode-se notar que a capital sul-mato-grossense apresenta elevados percentuais de sobrepeso, obesidade e consumo de refrigerantes, superando as médias nacionais.

Comparação entre frequências encontradas no Brasil e em

Campo Grande, para ambos os sexos.

Indicador	Frequência no Brasil	Frequência em Campo Grande
Sobrepeso	55,7%	58,5%
Obesidade	19,8%	21,5%
Consumo de frutas e hortaliças	23,1%	35,1%
Consumo de refrigerantes	14,4%	17,4%
Inatividade física	13,7%	10,7%

Fonte: Adaptado de Brasil (2019b).

A partir da análise desses resultados, podemos perceber o quanto é importante conhecer os hábitos alimentares, a frequência de excesso de peso e de doenças associadas na população do Mato Grosso do Sul. Conhecer o cenário epidemiológico do estado possibilita a elaboração de estratégias para a redução desses casos.

PARA REFLETIR



Apesar dos esforços governamentais para a prevenção e tratamento do excesso de peso e promoção da saúde, a epidemia da obesidade ainda não foi revertida. O que torna esse problema tão complexo e de difícil resolução?

1.2 CUSTOS DA OBESIDADE PARA A SAÚDE PÚBLICA

Agora que você já conhece as prevalências do sobrepeso e da obesidade em nosso país e no Mato Grosso do Sul, abordaremos aqui o que isso representa, financeiramente, para a Saúde Pública.



ASSISTA AO VÍDEO

[Custos da obesidade para a Saúde Pública](#)

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre as ações realizadas no âmbito da Saúde Pública para a prevenção e tratamento da obesidade, recomendamos a leitura do artigo [“Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro”](#).



2. LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO

E OBESIDADE (LCSO)

Na unidade anterior, você pôde conhecer o contexto geral da obesidade – conceitos básicos, dados epidemiológicos e gastos gerados para o SUS. Essas informações irão ajudá-lo a compreender melhor o nosso objeto de estudo desta unidade: a LCSO. Você já ouviu falar desse conceito? A LCSO consiste em uma Linha de Cuidado Integral à Saúde, voltada especificamente para os casos de sobrepeso e obesidade.

Mas, você sabe o que é uma Linha de Cuidado (LC)? Por que ela é considerada integral? E por que é necessário instituir uma LC direcionada a pessoas com obesidade? Nesta unidade, abordaremos essas questões, a fim de que você compreenda todos os aspectos da LCSO. Vamos lá!



OUÇA O PODCAST

[Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade \(LCSO\)](#)

É importante que você, gestor em saúde, tenha consciência de que a LCSO é regional. Isso significa que, apesar de sua organização seguir critérios estabelecidos por diretrizes nacionais, que serão adotados em qualquer LCSO, deve-se considerar as peculiaridades da população de sua Região de Saúde.



ASSISTA AO VÍDEO

Modelagem de LCSO

Esse passo a passo é apenas uma síntese dos critérios necessários para a criação de uma LC. Existem documentos e portarias do Ministério da Saúde que instituem a organização da LCSO, sendo essenciais para uma melhor compreensão de todo esse processo. Tais publicações são direcionadas, principalmente, a você, gestor em saúde, por ser responsável pelas pactuações entre os pontos de atenção da RAS.

Foi publicada, em fevereiro de 2013, a Portaria GM/MS nº 252, que institui a RAS das pessoas com Doenças Crônicas no SUS. A partir dela, foram publicadas, em março do mesmo ano, as Portarias GM/MS nº 424 e nº 425. Em abril de 2014, foi publicada a Portaria GM/MS nº 483, que revogou a nº 252.

FIQUE ATENTO



A Portaria GM/MS nº 424 teve como objetivo redefinir as diretrizes da organização, da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como LC prioritária da RAS das pessoas com Doenças Crônicas. Já a Portaria GM/MS nº 425 estabeleceu normas e critérios para a assistência de Alta Complexidade ao usuário com obesidade. Com base nessas portarias, foi publicado o manual instrutivo “Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”, publicado em 2014, que traz perguntas e respostas sobre a estruturação e habilitação da LCSO.

A partir dessas publicações, ficou definido que os estados e municípios teriam um ano para organizar suas LCSO, o que inclui hospitais habilitados para assistência de Alta Complexidade, e estas deveriam passar por aprovação do Ministério da Saúde.

Contudo, por ser um processo trabalhoso e extenso, foram solicitadas repetidas prorrogações de prazo por parte dos estados e municípios. Então, em janeiro de 2017, foi publicada a Portaria GM/MS nº 62, que desvinculou a obrigatoriedade de aprovação da LCSO por parte do Ministério da Saúde. A partir dessa data, a aprovação passou a ser responsabilidade das secretarias municipais, estaduais e distritais de saúde.

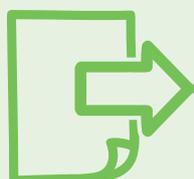
FIQUE ATENTO



Atualmente, o Brasil conta com 95 serviços habilitados para a realização de cirurgia bariátrica, através de recursos do Fundo Nacional de Saúde, sendo Roraima, Amapá e Rondônia os únicos estados que ainda não possuem esse tipo de assistência pelo SUS (BRASIL, 2019a).

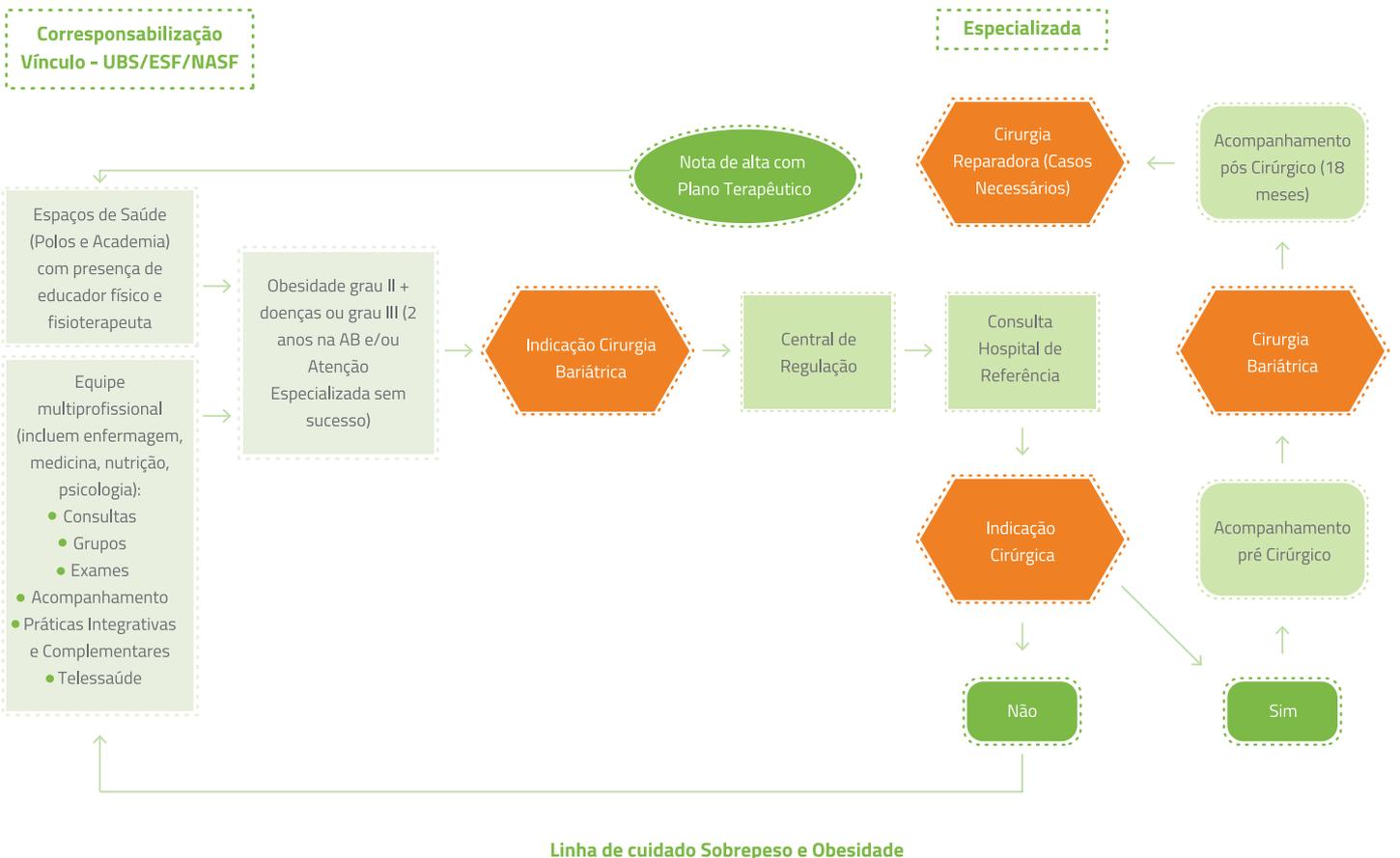
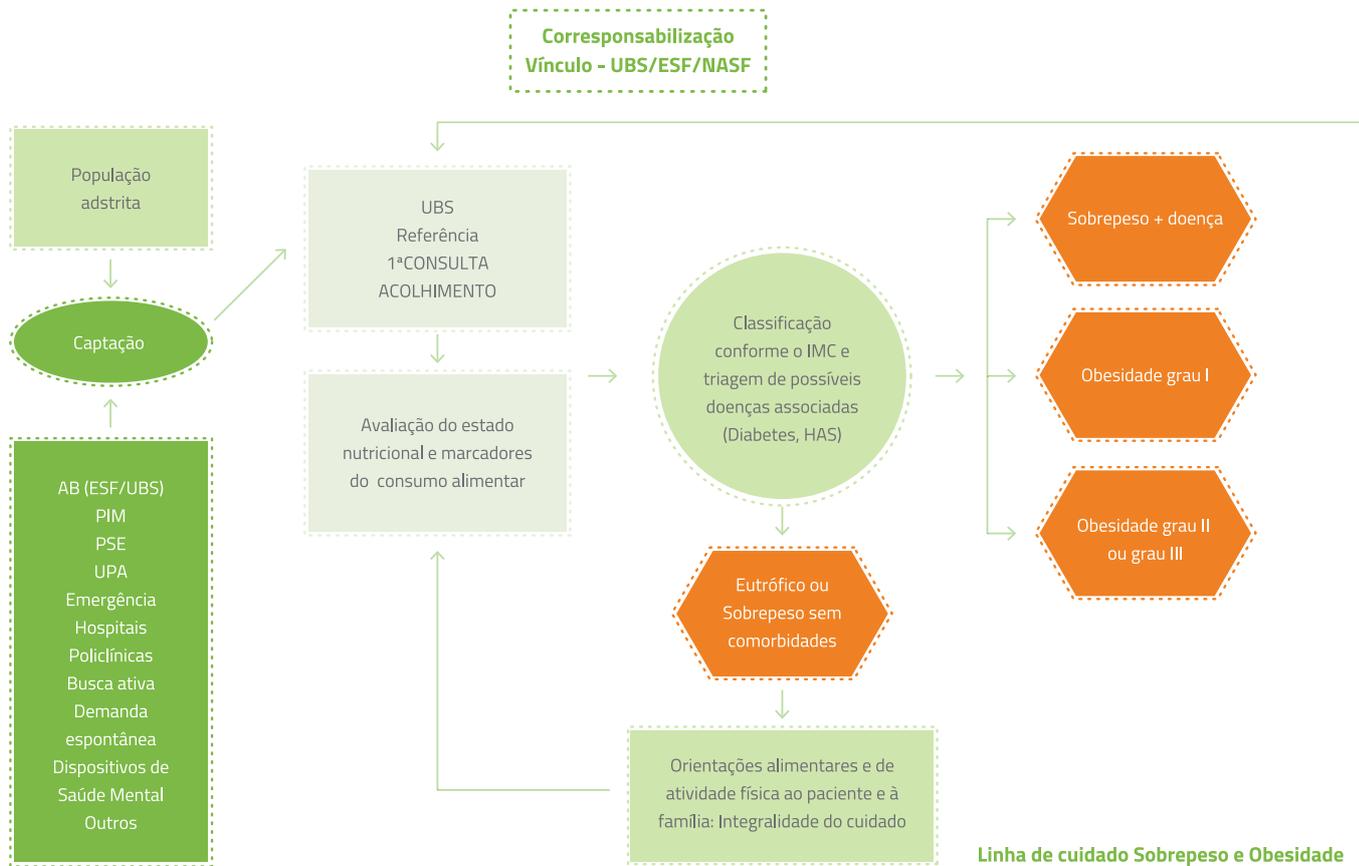
Muitos estados encontram-se em fase de elaboração e implantação das LCSO. Segundo dados de um monitoramento realizado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS), 19 estados e o Distrito Federal estão em processo de implantação de pelo menos uma LCSO. Os que ainda não possuem esse processo em andamento são: Pará, Mato Grosso, Rondônia, Roraima, Amazonas, Alagoas e Amapá (BRASIL, 2019a).

O fluxograma abaixo, desenvolvido pela Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Rio Grande do Sul, é um exemplo prático de como pode ser organizada uma LCSO, estabelecendo os fluxos de integração entre os diferentes pontos de atenção, com base no sistema de referência e contrarreferência.



Fluxograma da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do Rio Grande do Sul

FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO AO INDIVÍDUO COM SOBREPESO E OBESIDADE



Fonte: Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Rio Grande do Sul (2017).

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o papel dos gestores na elaboração de uma LC, recomendamos a leitura do seguinte artigo: [“O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis”](#).

2.1 ATRIBUIÇÕES DEFINIDAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE

Agora que você já sabe como ocorre a organização de uma LCSO, neste tópico, vamos falar sobre quais ações podem ser desenvolvidas para a prevenção e tratamento da obesidade nos diferentes pontos de atenção à saúde. Deste modo, apresentamos a seguir as atribuições da Atenção Básica, segundo a Portaria GM/MS nº 424/2013 (BRASIL, 2013b):

- Efetuar a Vigilância Alimentar e Nutricional dos usuários, a fim de realizar a estratificação de risco para a assistência em saúde;
- Promover, de forma intersetorial, a alimentação saudável e a prática de atividade física, de modo a prevenir o sobrepeso e a obesidade;
- Auxiliar o usuário a desenvolver o autocuidado, a fim de alcançar e manter um peso saudável;
- Proporcionar assistência multiprofissional às pessoas que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 kg/m² (classificadas com sobrepeso e obesidade), de acordo com os protocolos estabelecidos para esse público;
- Possibilitar o acolhimento dos usuários com excesso de peso em todos os equipamentos no âmbito da Atenção Básica, incluindo as Academias da Saúde;
- Coordenar a assistência dos usuários com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades ou ≥ 40 kg/m², que necessitem de cuidado em outros pontos de atenção;
- Prestar assistência aos indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica, após o fim do tratamento fornecido pela Atenção Especializada.

Com base nessas atribuições, veremos, a seguir, quais ações podem ser desenvolvidas nas UBS, NASF e Academias de Saúde, a fim de fornecer o cuidado adequado e multiprofissional a todos os indivíduos com sobrepeso e obesidade. Vamos lá!

2.1.1 UBS

Na Atenção Básica, é essencial que a Vigilância Alimentar e Nutricional faça parte da rotina. Os atendimentos de indivíduos que já passam por algum tipo de acompanhamento regular, como tratamento de hipertensão e diabetes, ou pré-natal, são momentos que devem ser aproveitados para a avaliação do estado nutricional e dos hábitos alimentares, o que permite identificar os usuários que apresentam excesso de peso.

FIQUE ATENTO



Através dessa identificação, é possível iniciar orientações e oferecer assistência. O mesmo pode ser feito nos casos de demanda espontânea, visto que nem todo usuário participa das ações programadas nas UBS (BRASIL, 2014c).

A fim de tornar eficaz esse processo de acolhimento, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados, compreendendo a gravidade do sobrepeso e da obesidade, e tendo consciência de que a maioria desses casos podem ser tratados na Atenção Básica. A assistência ao usuário pode ser organizada a partir de sua classificação de risco, através do cálculo do IMC. O fluxograma abaixo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, sintetiza as ações de cuidado em saúde para indivíduos adultos, de acordo com o IMC que apresentam (BRASIL, 2014c).

Fluxograma de atividades na Atenção Básica, segundo classificação do

Índice de Massa Corporal (IMC) para indivíduos adultos.

Identificação e acolhimento dos indivíduos com excesso de peso/obesidade
Busca ativa, demanda espontânea, demanda programada



NORMAL

IMC < 25 kg/m²

Vigilância alimentar e nutricional

Ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física



SOBREPESO

IMC de 25 a 29,9 kg/m²

Vigilância alimentar e nutricional

Ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física

Plano de ação para voltar ao IMC normal



SOBREPESO

IMC de 25 a 29,9 kg/m² com comorbidades

Vigilância alimentar e nutricional

Orientação sobre alimentação adequada e saudável e atividade física

Prescrição dietética*



OBESIDADE

IMC de 30 a 40 kg/m² com e sem comorbidades

Vigilância alimentar e nutricional

Orientação sobre alimentação adequada e saudável e atividade física

Prescrição dietética

Terapia comportamental*

Farmacoterapia*

APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

REGULAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Adaptado de: CGAN/DAB/SAS/MS. Comorbidades: Hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade. *Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014c).

Como podemos ver no fluxograma acima, é fundamental a promoção da alimentação saudável e a prática de atividade física, independente da classificação do IMC. E essas ações podem ser realizadas não só nas UBS, mas também nas Academias de Saúde, praças, e outros espaços que os usuários tenham acesso em sua comunidade (BRASIL, 2014c).

É essencial o Apoio Diagnóstico e Terapêutico para o cuidado da obesidade no âmbito da Atenção Básica, o que inclui aspectos de estrutura física das UBS, que permitam o acesso e avaliação de indivíduos obesos, como balanças, macas e cadeiras que suportem mais de 200 quilos, portas largas e rampas de acesso. Além disso, é necessário o acesso a exames, a medicamentos e aos outros pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2014c).

NA PRÁTICA



Nos casos de usuários com sobrepeso sem comorbidades, os profissionais das UBS podem organizar planos de cuidado para auxiliá-los a adquirir o peso saudável. Já para aqueles que apresentam comorbidades, como diabetes e hipertensão, é importante a participação em grupos terapêuticos, nos NASF, com atividades direcionadas às suas condições de saúde. Deve-se avaliar, ainda, a necessidade de prescrição dietética, através de consulta com um nutricionista (BRASIL, 2014c).

Para o tratamento de indivíduos obesos, com ou sem comorbidades, além de ações em grupos e prescrição dietética individual, deve-se avaliar a necessidade de terapia comportamental e/ou medicamentosa. Os casos mais complexos deverão passar pela Atenção Especializada, de modo que tenham todas as suas necessidades atendidas (BRASIL, 2014c).

2.1.2 NASF

O NASF configura-se como um ponto de apoio especializado dentro da Atenção Básica, ajudando as equipes de referência da UBS a realizar tanto a atenção contínua aos usuários, quanto os encaminhamentos para os demais pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2014d). Logo, podemos considerar o NASF como um facilitador da articulação dos fluxos da LCSO. Além desse papel, devemos destacar ainda a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e dos grupos de apoio.

FIQUE ATENTO



Um PTS constitui-se como um conjunto de condutas terapêuticas, proposto a partir da interação de toda a equipe multidisciplinar, com a inclusão do próprio usuário. Portanto, ele pode ser visto como um “estudo de caso” para situações de saúde mais complexas, em que há um compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais e uma maior corresponsabilização do usuário, aumentando, assim, a eficácia do tratamento (BRASIL, 2014d).

Ao optar pela aplicação de um PTS, é essencial que a equipe construa um vínculo com o paciente, descobrindo suas singularidades. Alguns aspectos devem ser abordados nesse processo, como, por exemplo: de que forma ele enxerga sua doença e quais consequências ela trouxe à sua vida?; quais os seus medos, dúvidas e hábitos associados à doença?; qual o seu grau de autonomia?; e, principalmente, avaliar se há negação da doença/condição, e se ele está disposto a realizar mudanças (BRASIL, 2014d).

Além do PTS, há ainda propostas de intervenção em grupo, para indivíduos que apresentem condições de saúde semelhantes: os grupos terapêuticos e os grupos motivacionais. Ambos têm em comum o compromisso com a mudança. Acredita-se que o sentimento de pertencimento, e o compartilhamento de experiências auxiliem na adoção de novos hábitos, especialmente quando se trata de uma condição crônica como a obesidade (BRASIL 2014d).

2.1.3 ACADEMIAS DA SAÚDE

As Academias da Saúde consistem em espaços – chamados polos – construídos para ações de incentivo a práticas saudáveis, onde podem atuar profissionais de diversas áreas, por meio de atividades que promovam o cuidado integral à saúde, proporcionando aos usuários convivência e aprendizado em grupo. Configura-se, assim, como um importante ponto de apoio da LCSO, pois acomoda ações tanto de prevenção quanto de tratamento da obesidade (BRASIL, 2014f).

Dentre as ações que podem ser desenvolvidas nos polos, podemos destacar projetos que englobam promoção da saúde, como educação alimentar e nutricional, prática de exercícios físicos e apoio ao autocuidado; e ações da cultura local, que incentivam práticas corporais, como jogos e danças. Todas essas atividades podem ser abordadas em grupos terapêuticos, servindo como estratégia para estimular o tratamento dos usuários com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2014f).

2.2 ATRIBUIÇÕES DEFINIDAS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO DO SOBREPESO E OBESIDADE

Como vimos, pacientes com obesidade necessitam de assistência contínua, tanto pelas condições intrínsecas à doença, quanto pelas possíveis comorbidades. Apesar de existir o cuidado multiprofissional na Atenção Primária, alguns usuários necessitam de serviços de Média e Alta Complexidade para seguir com o tratamento. Dessa forma, a Atenção Especializada configura-se como um apoio matricial às equipes da APS, complementando o cuidado, através dos fluxos de referência e contrarreferência.

FIQUE ATENTO



É importante destacar que a assistência fornecida na Atenção Especializada tem como base o tratamento cirúrgico da obesidade – sendo indicado apenas quando há insucesso em tratamentos anteriores realizados na Atenção Básica – o que inclui o acompanhamento terapêutico ambulatorial pré e pós cirúrgico, e a realização de cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora, em hospitais habilitados. Tendo em vista a complexidade dos cuidados que o paciente obeso necessita, mesmo após a realização da cirurgia, é essencial a articulação entre as equipes dos diferentes pontos de atenção, a fim de que a LCSO seja bem sucedida.

2.2.1 ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

No tópico anterior, você conheceu as ações que podem ser desenvolvidas para a prevenção e tratamento da obesidade no âmbito da Atenção Básica. Apresentaremos, a seguir, as atribuições da Atenção Especializada, ambulatorial e hospitalar, segundo a Portaria GM/MS nº 424/2013 (BRASIL, 2013b).

Cabe à Atenção Especializada Ambulatorial:

- Oferecer apoio matricial à Atenção Básica, de forma presencial e através dos recursos do Telessaúde;
- Proporcionar assistência multiprofissional ambulatorial aos indivíduos adultos com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades e àqueles com IMC ≥ 40 kg/m², caso a assistência terapêutica disponibilizada pela Atenção Básica não tenha sido bem sucedida;
- Proporcionar assistência multiprofissional no período pré-operatório aos indivíduos com obesidade grave que possuam indicação para realização de cirurgia bariátrica;
- Realizar o diagnóstico de usuários com indicação para tratamento cirúrgico, encaminhando à Atenção Especializada Hospitalar;
- Proporcionar assistência multiprofissional aos indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica, após o fim do acompanhamento pela equipe da Atenção Especializada Hospitalar;
- Em casos de alta, estabelecer o retorno (contrarreferência) dos usuários ao cuidado da Atenção Básica, e informar às equipes de saúde acerca dos indivíduos em acompanhamento.

NA PRÁTICA



No Ambulatório de Atenção Especializada para a Saúde do Trabalhador, em Chapeco/SC, foi criado um grupo de apoio à perda de peso, em que podem participar tanto trabalhadores ativos quanto trabalhadores afastados (por questões de saúde). O grupo tem duração de seis meses, e as atividades são administradas por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2014a).

Nos encontros semanais, são realizadas discussões sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e dificuldades do processo de emagrecimento. Existe, ainda, atendimento psicológico individualizado. O objetivo é ajudá-los a desenvolver o autocuidado e a responsabilização no processo de emagrecimento (BRASIL, 2014a).

Quando há boa adesão às atividades do grupo e os indivíduos apresentam melhora na saúde, eles recebem alta e retornam à unidade de origem. Caso não ocorra uma boa evolução, podem ficar por mais seis meses no ambulatório. Ao completar um ano de atendimento, ocorre a contrarreferência (BRASIL, 2014a).

Cabe à Atenção Especializada Hospitalar:

- Avaliar os casos indicados pela Atenção Ambulatorial e pela Regulação para tratamento cirúrgico;
- Proporcionar o acesso à cirurgia bariátrica, priorizando os usuários que apresentem doenças associadas à obesidade (comorbidades) e/ou que estejam em condições mais graves de saúde;
- Possibilitar a realização de cirurgia plástica reparadora aos usuários que foram submetidos à cirurgia bariátrica, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Proporcionar assistência multiprofissional no período pós-operatório aos indivíduos que passaram por cirurgia bariátrica;
- Estabelecer o retorno (contrarreferência) dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico à assistência na Atenção Ambulatorial ou Atenção Básica, e informar às equipes de saúde acerca dos indivíduos em acompanhamento.

NA PRÁTICA



O Hospital das Clínicas de Botucatu/SP fornece apoio às equipes da Atenção Básica do município através da realização de seminários, oficinas e cadernos educativos, com informações sobre o tratamento cirúrgico da obesidade, de modo a facilitar a assistência aos pacientes no pós-operatório, no processo de contrarreferência (BRASIL, 2014a).

Além disso, a equipe do hospital desenvolveu um novo fluxograma da LCSO, a fim de melhorar a integração entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. A partir dessa mudança, ficou estabelecido que os indivíduos que estão na fila de espera para a cirurgia bariátrica serão acompanhados pelas equipes do NASF, até obter o tratamento cirúrgico. Anteriormente, eles ficavam sem nenhum tipo de assistência, o que gerava um prejuízo ainda maior, tanto pelo ganho de peso ao longo dos meses de espera, quanto pelos agravos e comorbidades (BRASIL, 2014a).

2.2.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico para pacientes obesos é recomendado apenas em alguns casos e não se trata de uma solução pontual para a questão da obesidade. Ouça o podcast a seguir para compreender melhor essa questão.



OUÇA O PODCAST

Tratamento Cirúrgico na Atenção Especializada à Saúde na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade

Em alguns municípios não há ambulatórios e/ou hospitais para tratamento cirúrgico da obesidade, sendo necessários encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais. Para que sejam realizados, é necessária a autorização das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde. Elas também são responsáveis por organizar a lista de espera pela cirurgia nos hospitais habilitados (BRASIL, 2007).

PARA REFLETIR



Alguns usuários podem ficar anos na fila de espera para a realização da cirurgia bariátrica. Que estratégias podem ser adotadas para que esses indivíduos não fiquem sem assistência durante esse período?

Existem duas formas de realizar a cirurgia bariátrica: por via direta e por videolaparoscopia. As duas são seguras e eficazes, porém, a segunda agride menos o organismo, visto que as incisões são menores, e conseqüentemente, a recuperação é mais rápida. Assim, em março de 2017, através da Portaria SAS/MS nº 482, esse procedimento foi incluído na “Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais” do SUS. Antes dessa publicação, cirurgias por videolaparoscopia eram realizadas apenas de forma particular, por pacientes com condições financeiras.

Pacientes que apresentam uma boa adesão ao tratamento pós-operatório (com adequada perda de peso e de gordura corporal) podem se submeter à cirurgia plástica reparadora, quando necessário. Ela pode ser realizada nas mamas, no abdômen, nos braços e nas coxas, sendo indicada para pacientes que apresentam limitação ou impossibilidade de movimentação devido ao excesso de pele; problemas posturais, dores na coluna e/ou desequilíbrio corporal; e infecções cutâneas, causadas pelo constante atrito entre os tecidos (BRASIL, 2007).

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre a realização de cirurgias bariátricas no âmbito do SUS, recomendamos a leitura de dois artigos: **“Programa multidisciplinar de assistência pré-operatória para cirurgia bariátrica: uma proposta para o Sistema Público de Saúde do Brasil”** e **“Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil”**.

Pronto, gestor! Chegamos ao fim do nosso último capítulo!

Nele, você pôde conhecer a elevada prevalência da obesidade no Brasil e no mundo. Essa enfermidade, cuja origem é multifatorial, envolve desde fatores biológicos e psicológicos, a fatores ambientais e socioculturais – como maus hábitos alimentares e baixos níveis de prática de atividade física. Vimos, ainda, o impacto financeiro de seu tratamento para o SUS, e de possíveis doenças associadas.

Aprendemos, também, que o objetivo da LCSO consiste em estabelecer pactos entre os pontos de atenção de uma RAS, a partir de fluxos de referência e contrarreferência, possibilitando a assistência em saúde. Além disso, vimos as ações desenvolvidas para o cuidado dos indivíduos obesos no âmbito da Atenção Primária, da Atenção Especializada Ambulatorial e da Atenção Especializada Hospitalar.

Por último, abordamos o tratamento cirúrgico da obesidade – os critérios para indicação e contra indicação da cirurgia bariátrica e da cirurgia plástica reparadora, os fluxos de encaminhamento, e as portarias do Ministério da Saúde que estabelecem diretrizes para esses procedimentos.

Todas as informações aqui abordadas são relevantes para que você possa compreender a organização da LCSO em nosso país, e seja capaz de reconhecer quais estratégias assistenciais podem ser aplicadas às pessoas com sobrepeso e obesidade nos diferentes pontos de atenção da sua Região de Saúde.

Agradecemos por nos acompanhar até aqui!

Referências bibliográficas do capítulo

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Obesidade e sobrepeso: diagnóstico. In: ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. São Paulo, 4. ed. 2016. p. 13-28. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BAHIA, L. R.; ARAÚJO, D. V. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 13-17, 2014. DOI: 10.12957/rhupe.2014.9793. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9793/8763>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000700019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS. **Atenção Primária e promoção da saúde**: Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2013a]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2013b]. Disponível em: <http://bvsmms.saude>.

gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2013c]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 6 março de 2017**. Inclui o procedimento Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2017a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2014b]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2007]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 62, de 06 de janeiro de 2017**. Altera as Portarias nº 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF: Diário Oficial da União, [2017b]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27271194_PORTARIA_N_62_DE_6_DE_JANEIRO_DE_2017.aspx. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Informe Situacional sobre os Programas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica – Mato Grosso do Sul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 64 p. Disponível em: [176](http://ecos-</p></div><div data-bbox=)

rednutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1772. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 212 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 116 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 132 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Academia da Saúde** – Cartilha Informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f. 18 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO) et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019**: Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Rome: FAO, 2019. 239 p. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. [2012]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

OLIVEIRA, M. L. de. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. Tese (Doutorado em Nutrição Social) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13323/1/2013_MicheleLessadeOliveira.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Risk factors for health. In: OECD. **Health at a Glance 2019** – OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. p. 87-101. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09en>.



FECHAMENTO

Ao elaborar este livro, tivemos como objetivo auxiliar todos aqueles envolvidos com a gestão no âmbito da Atenção Primária, desde coordenadores municipais da Atenção Básica, a gestores municipais de saúde, e gestores da área de alimentação e nutrição. Através de informações respaldadas pela literatura, transmitidas de uma forma simples e objetiva, trouxemos a você conteúdos que podem ser aplicados em suas decisões na gestão.

Abordamos conceitos de Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição, financiamento e pactuação dentro do SUS, acesso aos Sistemas de Informação em Saúde, articulação dos poderes Executivo e Legislativo para o processo de advocacy, com parcerias de setores da sociedade civil, com foco na promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

Através de informações obtidas por Inquéritos em Saúde, trouxemos dados de prevalência da obesidade no Brasil e no mundo, dados estes de extrema relevância, visto que permitiram que você conhecesse um pouco da realidade e das necessidades de saúde relacionadas ao excesso de peso, o impacto financeiro de seu tratamento para o SUS, e de possíveis doenças associadas.

Devemos ressaltar que a obesidade, por ser uma doença crônica, traz constante preocupação e necessidade de cuidado por parte do SUS. Por isso, abordamos a importância de se estabelecer uma Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. A cirurgia bariátrica é apenas um ponto dessa linha (e a última opção de tratamento, quando se pensa nos indivíduos portadores dessa doença). A promoção da alimentação saudável é uma das ferramentas para o alcance da promoção da saúde, e conseqüentemente, para a prevenção de agravos e custos relacionados à obesidade e às suas comorbidades.

Esperamos que este livro sirva como uma ferramenta para suas futuras tomadas de decisão na gestão, e que você possa, junto ao poder público, estabelecer ações de prevenção, enfrentamento e controle da obesidade em sua Região de Saúde.

OS AUTORES

Camila Medeiros da Silva Mazzeti

Professora adjunta da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN), no curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Doutora em Nutrição e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), com ênfase em análise do estado nutricional de populações. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisadora integrante do grupo de pesquisa do Laboratório de Análise Populacional da USP (LANPOP). Coordenadora de Nutrição do curso da UFMS. Coordenadora Geral da Rede de Enfrentamento e Controle da Obesidade em Mato Grosso do Sul (REDE ECO-AB). Conselheira do Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA) Mato Grosso do Sul e do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSAN) de Campo Grande. Membro da Associação Sul-mato-grossense de Nutrição (ASMAN). Membro da Aliança pela Alimentação Saudável, núcleo Mato Grosso do Sul.

Bruna Paola Murino Rafacho

Professora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em Campo Grande. Atua nas áreas de Saúde Coletiva e Nutrição Clínica. Professora das Pós-Graduações de Farmácia e Biotecnologia (FACFAN/UFMS), pesquisando o uso dos frutos do cerrado nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Graduada em Nutrição pelo Instituto de Biociências da UNESP/Botucatu-SP e Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica - Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, onde também realizou Pós-doutorado. Realizou “Doutorado Sanduíche” na HNRCA -Tufts University em Boston (EUA) no laboratório Nutrition and Cancer Biology, estudando compostos bioativos em diferentes modelos de doença.

Anderson Leão Nogueira Holsbach

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Católica Dom Bosco (2005) e mestrado em Ciências Ambientais e Sustentabilidade Agropecuária pela Universidade Católica Dom Bosco (2019). É especialista em Atenção Básica em Saúde da Família (UFMS/FIOCRUZ)



e Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (FIOCRUZ/RJ). Atualmente, é professor da Faculdade Mato Grosso do Sul, professor associado II da Faculdade Campo Grande e nutricionista da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS).

Caroline Camila Moreira

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/2011), mestre em Nutrição (UFSC/2013) e doutora em Nutrição (UFSC/2018). É professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Foi tutora do grupo de Nutrição no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017/2018. É membro da Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável. É avaliadora pertencente ao Banco de Avaliadores do SINAES (BASIS)/INEP. Tem experiência na área de Nutrição em Saúde Coletiva, com ênfase em epidemiologia nutricional e ambiente alimentar, atuando, principalmente, nos seguintes temas: análise do estado nutricional de populações e comportamentos de risco modificáveis para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, escolhas alimentares, comportamento consumidor, rotulagem de alimentos e publicidade de alimentos.

Verônica Gronau Luz

Graduada em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 2005. Mestre (2010) e doutora em Saúde Coletiva (2014), área de Epidemiologia, pelo Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, com estágio doutoral de um ano na University of Massachusetts Lowell, MA, EUA. Possui experiência docente na área de Nutrição em Saúde Coletiva, Saúde Coletiva, Epidemiologia e Saúde Indígena. Possui como campo de vinculação acadêmica as seguintes áreas e temas: Saúde Indígena, Segurança Alimentar e Nutricional, Saúde do Trabalhador, Agricultura Familiar e Trabalho Rural. É membro do Grupo Temático - Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva (GT-ANSC), da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e, atualmente, é presidente do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSAN), no município de Dourados-MS. É docente adjunta no Curso de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), e docente do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, aprovado pela CAPES em 2019.

Naiara Ferraz Moreira

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Mato Grosso (2007), mestre em Biociências pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (2011). Doutora em Ciências Nutricionais pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015), com período de doutorado sanduíche no grupo GENUD (Growth, Exercise, NUtrition and Development) da Universidade de Zaragoza-Espanha (2013). É professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e docente e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da UFGD. Tem experiência na área de Nutrição em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia nutricional, atuando principalmente nos seguintes temas: Vigilância Alimentar e Nutricional, pesquisa de campo, análise do estado nutricional de populações e comportamentos de risco modificáveis para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Rita de Cassia Bertolo Martins

Possui graduação em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1986), Especialização em Nutrição em Saúde Pública pela UNIFESP (1992), Especialização em Saúde Pública pela UFSCar (1993) e Especialização em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - IEP/HSL (2017). É Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto (1998) e Doutora em Alimentos e Nutrição pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP/Araraquara (2009). Atua como docente na área de Nutrição em Saúde Coletiva desde 1992. Atuou de 1992 a 2007 como docente do Curso de Nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba, e de 2006 a julho de 2013 foi docente do curso de Nutrição da UniFAI - Centro Universitário de Adamantina. Desde agosto de 2013, é docente do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Vigilância Alimentar e Nutricional, Educação Alimentar e Nutricional, Avaliação Nutricional e Alimentação Escolar.

Teresa Cristina Abranches Rosa

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) em 2008, especialização pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção



ao Paciente Crítico - da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) e mestrado em Metabolismo e Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (UFMS). Atualmente é Nutricionista na UFMS, tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico da UFMS/HUMAP/EBSERH, tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – Área de Concentração: Atenção à Saúde do Idoso (PREMUS CCI) UFMS/HOSPITAL SÃO JULIÃO/ESP/SES e docente na Faculdade Campo Grande - FCG no Curso de Nutrição. Doutorado em andamento (UFMS).

Alline Lam Orué

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2011) e mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2017). Atualmente, é aluna regular do doutorado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atuou na saúde pública como nutricionista, especialmente em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e em Hospital Municipal. Atuou como professora substituta na área de Saúde Coletiva do curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Atualmente é bolsista do CNPq no projeto Rede ECO-AB (Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica) de Mato Grosso do Sul.

Taiz Siqueira Pinto

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Católica Dom Bosco (2008) e Mestrado em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (2011). Foi Docente do curso de Nutrição no Instituto Campinense de Ensino Superior (Faculdade Maurício de Nassau) e Professora Substituta na Universidade Federal de Campina Grande. Atualmente é Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Campo Grande (FCG) e Técnica de Laboratório da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Atua, principalmente, nos seguintes temas: Técnica Dietética, Higiene de Alimentos, Alimentação Coletiva e Desenvolvimentos de Novos Produtos Alimentícios

Fabiane La Flor Ziegler Sanches

Professora adjunta IV da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), atuando no curso de graduação de Nutrição e nos programas de pós-graduação em Biotecnologia da FACFAN e em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da FAMED. Atua na pesquisa e inovação através do estudo das potencialidades nutricionais de frutos do Cerrado e Pantanal, no desenvolvimento e análise sensorial de novos produtos alimentícios aplicados à nutrição esportiva e clínica, e em estudos de avaliação nutricional de atletas e esportistas e sua relação com o desempenho físico. Foi Coordenadora do Curso de Graduação de Nutrição (UFMS) no período de 2015-2017. Atualmente, é Coordenadora de Gestão Acadêmica da FACFAN e coordena o Laboratório de Análise Sensorial da FACFAN. Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo Ganep Nutrição Humana, mestrado e doutorado em Alimentos e Nutrição na área de Nutrição Experimental e aplicada à Tecnologia de Alimentos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Tem experiência na área de Nutrição Esportiva, Nutrição Clínica, Ciências de Alimentos e Experimental.

Karine Domingos de Araújo

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2019). Atualmente é bolsista do CNPq no projeto Rede ECO-AB (Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito da Atenção Básica) de Mato Grosso do Sul.

