

POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE NO CONTROLE DA OBESIDADE



COLEÇÃO

**Enfrentamento da
Obesidade no Sistema
Único de Saúde (SUS):
Estratégias para
Profissionais de Saúde**

2020. Universidade Federal de Viçosa.



Este trabalho é disponibilizado nos termos da Licença Creative Commons- Atribuição- Não Comercial- Compartilhamento pela mesma licença 4.0 internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável
Av Peter Henry Rolfs, s/n – Campus Universitário, Viçosa – MG
CEP: 36570-900
Site: <http://www.ippds.ufv.br/>

Organizadores:

Helen Hermana Miranda Hermsdorff - Universidade Federal de Viçosa
Luiza Carla Vidigal Castro - Universidade Federal de Viçosa
Luiza Delazari Borges - Universidade Federal de Viçosa
Luma de Oliveira Comini - Universidade Federal de Viçosa

Autores:

Arieta Carla Gualandi Leal - Universidade Federal de Viçosa
Cíntia Pereira Donateli - Universidade Federal de Viçosa
Débora Carvalho Ferreira - Universidade Federal de Viçosa
Fernanda de Carvalho Vidigal - Universidade Federal de Alfenas
Gabriella Oliveira Ferreira - Universidade Federal de Viçosa
Glauce Dias da Costa - Universidade Federal de Viçosa
Letícia Soares de Freitas - Universidade Federal de Viçosa
Luciana Saraiva da Silva - Universidade Federal de Uberlândia
Maíra Mendes Coelho - Universidade Federal de Viçosa
Rosângela Minardi Mitre Cotta - Universidade Federal de Viçosa
Túlio da Silva Junqueira - Universidade Federal de Lavras

Edição de Conteúdo:

João Batista Mota

CopyDesk:

Ana Paula Lopes da Silva Rodrigues

Editoração Eletrônica e Layout:

Adriana Freitas

Apoio Técnico:

Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância da Universidade Federal de Viçosa (CEAD-UFV)

**Ficha catalográfica elaborada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa**

P769
2020 Políticas de alimentação, nutrição e a saúde no controle da
obesidade [recurso eletrônico] / Helen Hermana Miranda
Hermsdorff, organizadora ... [et al.] ; Arieta Carla Gualandi
Leal ... [et al.] -- Viçosa, MG : L. D. Borges, 2020.
1 livro eletrônico (pdf, 2,02 MB). – (Enfrentamento da
obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégias para
profissionais de saúde).

Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositorio-cientifico/>.

ISBN 978-65-00-10086-0

1. Obesidade. 2. Nutrição. 3. Saúde pública. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Hermsdorff, Helen Hermana Miranda, 1979-. II. Castro, Luiza Carla Vidigal, 1977-. III. Borges, Luiza Delazari, 1995-. IV. Comini, Luma de Oliveira, 1989-. V. Leal, Arieta Carla Gualandi, 1989-. VI. Donateli, Cíntia Pereira, 1994-. VII. Ferreira, Débora Carvalho, 1982-. VIII. Vidigal, Fernanda de Carvalho, 1983-. IX. Ferreira, Gabriella Oliveira, 1999-. X. Costa, Glauce Dias da, 1979-. XI. Freitas, Letícia Soares de, 1997-. XII. Silva, Luciana Saraiva da, 1988-. XIII. Coelho, Máira Mendes, 1995-. XIV. Cotta, Rosângela Minardi Mitre, 1959-. XV. Junqueira, Túlio da Silva, 1980-. XVI. Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais. XVII. Universidade Federal de Viçosa. Coordenadoria de Educação Aberta e a Distância.

CDD 22. ed. 613.25

Agradecimentos

Agradecemos ao Ministério da Saúde/ CNPq (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 421098/2018-0), Fundação Mapfre (Convocatória de auxílios à pesquisa 2019 Ignacio H. de Larramendi – Promoção da Saúde) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Ministério da Educação - código 001).

Prefácio

O Brasil, nas últimas décadas, tem vivenciado um avanço muito rápido no número de pessoas com excesso de peso ou obesidade, e outras doenças crônicas, como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

A Atenção Básica (AB) é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessas condições de saúde. Desse modo, quando ampliamos a capacidade de gestão dos estados e dos municípios, bem como a organização no processo de trabalho, os resultados relativos ao enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são mais efetivos.

Nesse contexto, o projeto **Rede para Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais - RENOB-MG** tem como objetivo desenvolver ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento que propiciem a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade em Minas Gerais, a partir de estratégias efetivas, ativas e inovadoras de formação de trabalhadores de saúde e de gestores em promoção da alimentação adequada e saudável.

O RENOB-MG tem o apoio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, mediante chamada pública (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018), bem como da Fundação MAPFRE (Convocatória de auxílios à pesquisa 2019 Ignacio H. de Larramendi – Promoção da Saúde).

As duas coleções de livros digitais *Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para gestores de saúde e Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde*, são um dos produtos da equipe RENOB-MG para capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica de Saúde no controle da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa doença crônica.

Na coleção voltada para profissionais de saúde, o primeiro livro da coleção – *Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no controle da obesidade*. – apresenta assuntos referentes às Redes de Atenção à Saúde, à Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aos Sistemas alimentares e aos Determinantes Sociais da Saúde e da Obesidade. No segundo livro – *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Obesidade* – a prevenção da obesidade é apresentada nos vários estágios da vida, bem como nos ambientes familiar e comunitário; diferentes condutas para o diagnóstico da obesidade são discutidas incluindo os marcadores clínicos, os aspectos psicológicos, ambientais e de consumo alimentar e; finalmente apresentamos diferentes abordagens no tratamento da obesidade no SUS, baseadas em evidências científicas, incluindo o aconselhamento nutricional e o projeto terapêutico singular, além de tratarmos sobre temas como estigma do peso, cuidado e autocuidado. No terceiro livro da coleção - *Novas tendências para o cuidado da pessoa com obesidade na Atenção Básica* - compartilhamos algumas ideias práticas para abordagem coletiva, relatamos algumas das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em Saúde mais utilizadas no SUS e discorremos sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) aplicadas na área da saúde; todas com ênfase no enfrentamento da obesidade.

Desejamos que o conteúdo apresentado nessas coleções propicie o enfrentamento e controle da obesidade de maneira mais humanizada e resolutiva no seu território de atuação.

Boa leitura!

Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Coordenadora do RENOB-MG

Apresentação

Boas-vindas aos leitores do nosso livro digital sobre as **Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no controle da obesidade**, o primeiro da coleção **Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde**.

As prevalências de obesidade no Brasil cresceram largamente nos últimos anos. Dada a complexidade dessa doença crônica não transmissível (DCNT), que também se comporta como fator de risco para outras doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, se torna primordial que a Atenção Básica (AB) incorpore definitivamente em seu processo de trabalho, ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e tratamento da obesidade e de seus fatores de risco.

Desse modo, a equipe projeto **Rede para Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais – RENOB-MG** preparou esse livro com objetivo de resgatar políticas e conceitos que subsidiarão todas as ações na linha de cuidado da pessoa com obesidade na AB. Para tal, abordamos temas importantes como Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, os Sistemas Alimentares e os Determinantes Sociais de Saúde e de Obesidade.

Boa leitura!

Os autores.

Significado dos ícones do livro digital

Para facilitar o seu estudo e a compreensão imediata do conteúdo apresentado, ao longo deste livro digital, você vai encontrar essas pequenas figuras ao lado do texto. Elas têm o objetivo de chamar a sua atenção para determinados trechos do conteúdo, com uma função específica, como apresentamos a seguir.

Texto-destaque: são definições, conceitos ou afirmações importantes às quais você deve estar atento.



Glossário: Informações pertinentes ao texto, para situá-lo melhor sobre determinado termo, autor, entidade, fato ou época, que você pode desconhecer.



SAIBA MAIS! Se você quiser complementar ou aprofundar o conteúdo apresentado no livro digital, tem a opção de links na internet, onde pode obter vídeos, sites ou artigos relacionados ao tema.



Quando vir este ícone, você deve refletir sobre os aspectos apontados, relacionando-os com a sua prática profissional e cotidiana.

Lista de Siglas

AB: Atenção Básica

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

CIBs: Comissões Intergestores Bipartites

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNDSS: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS: Determinantes Sociais de Saúde

EAN: Educação Alimentar e Nutricional

eSF: Estratégia Saúde da Família

IMC: Índice de Massa Corporal

NASF-AB : Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS: Política Nacional de Promoção a Saúde

PSE: Programa Saúde na Escola

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RENOB-MG: Rede de Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais

SAN: Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UPP: alimentos ultraprocessados

VAN: vigilância alimentar e nutricional

VIGITEL : Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (citado como fonte)

Sumário

Capítulo 1 Redes de Atenção à Saúde - RAS	10
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	12
Linha de Cuidado	15
Capítulo 2 Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	20
Princípios da PNAN	20
Diretrizes da PNAN	22
PNAN na Atenção Básica	24
Capítulo 3 Promoção PAAS e Guia Alimentar para População Brasileira	27
Promoção da PAAS	27
Guia Alimentar para População Brasileira	28
Capítulo 4 Sistemas Alimentares	33
Constituintes do Sistema Alimentar	34
Dietas Sustentáveis	38
Perdas e Desperdícios de Alimentos	38
Capítulo 5 Determinantes Sociais da Saúde e da Obesidade	42
Determinantes Sociais da Obesidade	47

1

Redes de Atenção à Saúde - RAS

Publicada em 30 de dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279 estabeleceu as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação do serviço de saúde. Além disso, buscou aperfeiçoar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar a atenção adequada ao usuário.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é promover a saúde do usuário, com integralidade entre os serviços de saúde, com cuidados multi e interprofissionais, para provisão de ações contínuas, de qualidade e resolutivas.



A RAS é formada por conexões horizontais entre os pontos de atenção. A AB é o centro de comunicação entre esses pontos, já que ela realiza a coordenação do cuidado de acordo com as necessidades em saúde de uma população.

As necessidades em saúde podem ser compreendidas como necessidades sociais mais gerais, uma vez que expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos e estão relacionadas ao acesso às tecnologias, à humanização da atenção e ao desenvolvimento de sua autonomia (SILVA; BATISTELLA; FONSECA, 2007, p. 163).

Os principais componentes organizativos para a operacionalização da RAS são:

- a) População/região de saúde definidas;
- b) Estrutura operacional, e
- c) Sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção à saúde.

a) População e região de saúde

Para que a RAS alcance seus objetivos é fundamental a identificação da população e do espaço geográfico sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em delimitações espaciais e temporais que permitam definir as estruturas disponíveis no território, viabilizando o atendimento.

Os territórios são espaços de responsabilização sanitária, definidos por critérios além do geográfico, como políticos, econômicos, sociais e culturais, de abrangência das equipes de saúde da família por uma população definida em suas demandas por serviços de saúde e classificadas por riscos. Na dinâmica da RAS, é necessário que haja uma definição clara dos serviços oferecidos à sua população adscrita que acompanham as mudanças epidemiológicas (MENDES, 2011, p.85).

b) Estrutura operacional

A estrutura operacional da RAS é constituída por pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais interconectados, situados em uma determinada rede, na qual se oferecem serviços de saúde.

Nesses pontos de atenção, incluem-se a AB (centro de comunicação), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Figura 1— Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011, p. 84.

A AB é o centro de comunicação da rede e a responsável pela coordenação do cuidado. Tal coordenação deve ser desenvolvida por meio de atividades gerenciais e participativas, conjuntamente com a equipe e direcionadas às particularidades da população do território de sua abrangência.

Os pontos de atenção secundária e terciária são serviços com densidades tecnológicas diferentes da AB. Eles compõem a rede para apoiar e complementar a AB no cuidado integral ao usuário. São exemplos de pontos de atenção secundária e terciária, os ambulatórios e os hospitais (Figura 1).

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais que fornecem apoio à rede, ou seja, prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. Exemplos disso são as clínicas de imagem, a assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde (Figura 1).

A troca de informações entre os pontos de atenção à saúde é importantíssima para a integração deles. Dessa maneira, os sistemas logísticos têm essa função para tornar a comunicação eficaz de referência e contrarreferência. Podemos utilizar como exemplo os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários do serviço, as centrais de regulação e o registro eletrônico em saúde.



O sistema de governança da RAS envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão da rede a nível regional. É preciso que haja um espaço de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa para resolubilidade de problemas comuns da região, mediante construção da realidade local. Exemplos são as instâncias permanentes de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), assim como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.



Diante do que discutimos até agora, você consegue perceber no seu município a organização de cada um dos componentes da RAS?

c) Modelo de Atenção à Saúde

O sistema lógico determinado pelo modelo de atenção à saúde organiza o funcionamento da RAS. A forma de articular as relações entre a população, estratificadas por riscos, os focos e os diferentes tipos de intervenções serão de acordo com a visão de modelo de saúde. O funcionamento da RAS de acordo com o modelo de saúde deve ser dinâmico e embasar as situações demográficas e epidemiológicas e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), específicos de cada população.

Esse pensamento vai ao encontro do modelo de atenção preconizado e defendido por pactos e instrumentos normativos, que asseguram os princípios e diretrizes do SUS. Esse modelo de produção social da saúde se diferencia do modelo biomédico, centrado na doença, que ainda é praticado em muitos atendimentos. É necessário que haja continuidade e globalidade dos serviços realizados por diferentes profissionais e organizações, articuladas na rede, conforme os conhecimentos disponíveis para promover a saúde da população. Nesse sentido, o fortalecimento do apoio matricial é fundamental, pois leva em consideração as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades em saúde.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A Portaria nº 483, de 01/04/2014, redefine a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014).

São objetivos da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas

com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

São objetivos específicos da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - Ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;

II - Promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela Atenção Básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

III - Propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;

IV - Promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;

V - Ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;

VI - Atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e

VII - Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.



Os objetivos da Portaria nº 483 de 01/04/2014 são alcançados no seu território de atuação?

A Portaria nº 424, de 19/03/2013, por sua vez, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

Diretrizes

A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas observa as seguintes diretrizes (BRASIL, 2013):

I - Diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional, de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - Estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - Organização da oferta integral de cuidados na RAS por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - Utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - Investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- Articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - Garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - Formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - Garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X - Garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Atribuições

Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

Componente Atenção Básica:

a) Realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e da atividade física;

c) Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC 40 kg/m²;

f) Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e

g) Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da Atenção Básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde;



As diretrizes para o cuidado da pessoa com sobrepeso ou obesidade são alcançadas pelo eSF/NASF-AB na qual você atua?

LINHA DE CUIDADO

A Linha de Cuidado é a forma estrutural de organização do “caminho” que o usuário irá percorrer durante o processo assistencial diante das suas necessidades em saúde. Esse “caminho” deve ser delimitado, de forma clara e visível, para os profissionais e usuários. Isso porque melhoram o fluxo de recursos e das práticas de saúde, com acompanhamento continuado por meio da cooperação e pactuação entre gestores, proporcionando melhor resposta ao usuário.

A linha de cuidado, portanto, compõe um modelo de atenção matricial que compreende ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em diversos níveis de complexidade, voltadas para grupos ou indivíduos, permitindo uma conduta holística das condições de vida.



• Apoio do nutricionista e de outros profissionais da eSF/NASF-AB

O apoio matricial orienta o trabalho dos profissionais do NASF-AB. Trata-se de uma estratégia de organização do serviço aplicado à Atenção Básica, a partir da integração de equipes de Saúde da Família (eSF) com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento. Essa integração irá fornecer suportes clínico, sanitário e pedagógico a partir de problemas, demandas, necessidades de saúde e dificuldades dos profissionais das eSF.

Figura 2 — Competências do NASF-AB



Fonte: Elaborada pelos autores

O apoio matricial ou matriciamento é uma forma de construir o cuidado, pautada pelo constante compartilhamento e cooperação dos profissionais das eSF e NASF-AB. Essa forma de construção compartilhada indica que o objetivo do NASF-AB, trabalhando a partir do apoio matricial é: cuidar das pessoas e gerar autonomia das eSF, já que estarão cada vez mais preparadas para lidar com os problemas que surgem na prática e por conhecer a realidade do seu território.

Figura 3 — Inserção do apoio matricial na RAS



Fonte: Elaborada pelos autores

Linha de cuidado da obesidade

O *Caderno de Atenção Básica, nº 38 – Obesidade* tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde atuantes nos serviços de AB do SUS para o cuidado integral da obesidade (BRASIL, 2014c).

Para a atenção ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, faz-se necessária uma contínua ação de VAN para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado.

A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda se destacam outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação, como Programa Saúde na Escola (PSE) (Figura 4).

Figura 4 — Alguns pontos de cuidado na Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Elaborada pelos autores

No atendimento às demandas de rotina da Atenção Básica, como pré-natal, puericultura e atendimento em grupos, é interessante incluir a mensuração de medidas antropométricas, como peso e altura, para classificar o estado nutricional dos usuários. Nesse momento, também pode-se aproveitar para conhecer sobre os hábitos alimentares da população adscrita e identificar os riscos associados a má alimentação e ao excesso de peso.



Como foi dito, a AB é fundamental na identificação de pessoas em risco nutricional. A mensuração de medidas antropométricas durante atendimentos de demanda espontânea permite captar usuários que normalmente não frequentam a UBS e não estão vinculados a nenhum atendimento programado pela equipe.

Apesar de focarmos na AB, o nível de atenção secundário, com os ambulatórios, centros de especialidades e hospitais também são locais aptos para identificar as pessoas com excesso de peso, encaminhar para AB e assim, alocar corretamente dentro da RAS para que receba os devidos cuidados em saúde.

Entendendo a importância da avaliação nutricional, cabe aos profissionais esse acolhimento e sensibilização para a pessoa em situação de obesidade, principalmente devido a complexidade da doença e sua multicausalidade. Nesse sentido, o matriciamento feito pelos profissionais do NASF-AB permitirá atender a complexidade que cada caso exige, proporcionando melhor oferta dos serviços de saúde, precisando então que os profissionais da rede estejam alinhados e integrados para efetividade do cuidado.



SAIBA MAIS! Outras informações sobre a atuação dos NASF-AB podem ser encontradas em *Cadernos de Atenção Básica, nº 39*, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

A avaliação do impacto das ações desenvolvidas e o acompanhamento da evolução do estado nutricional de indivíduos, famílias e comunidade faz parte da rotina diária das equipes. A complexidade e número de pontos de atenção vão crescer com o aumento do risco.

As atividades que podem ser desenvolvidas pelas equipes a partir das discussões são:

- formar grupos operativos;
- ações em grupo para promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física;
- avaliação da necessidade de intervenção nutricional individual.

Pensando na RAS, é importante que a equipe da eSF não perca o vínculo com o usuário na medida em que ele progride para outros níveis de atenção, como no atendimento especializado. Para que esse vínculo seja efetivo, existem mecanismos de gestão do cuidado, com sistemas de informação que permitem, além desse acompanhamento do indivíduo, a discussão com a equipe que presta atendimento e a educação permanentes dos profissionais.

Esses mecanismos são uma maneira de organizar a linha de cuidado do paciente com sobrepeso e obesidade de forma integral, devido à diversidade das necessidades em saúde, e por todos os pontos da RAS de forma interconectada. Nesse contexto, o modelo de atenção focado na doença precisa ser repensado, pois na rotina acabamos fragmentando o cuidado de acordo com os fatores de risco que o paciente apresenta e comorbidades.



No seu município, a linha de cuidado para as pessoas com sobrepeso e obesidade é visível para os profissionais da rede e para os usuários do SUS?

REFERÊNCIAS

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, dez 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 483 DE 01 DE ABRIL DE 2014a. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, dez 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 424 DE 19 DE MAIO 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, dez 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014c. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

SILVA, J.P.V.; BATISTELLA, C.; FONSECA, M.L.G. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca, A.F. (Org.) **O território e o processo saúde - doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176

2

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A PNAN, publicada em 1999, representou importante avanço para a área da saúde na construção do elo entre o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e o SUS.

A Nova versão da PNAN, aprovada em 2011, projetou um modelo para o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que enfoca a proteção e promoção da alimentação saudável, muito além de escolhas e práticas individuais, pautado no estímulo a ações intersetoriais na melhoria da qualidade dos alimentos consumidos no país e apresenta como propósito:

[...] a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013, p. 21).

A PNAN foi adotada pelo Ministério da Saúde para assegurar o cumprimento do direito à alimentação e à saúde e subsidiar intervenções voltadas para o controle e prevenção de carências nutricionais específicas, DCNT, desnutrição, dislipidemias e agravos endêmicos ou epidêmicos - de relevância epidemiológica - que afetam a saúde.



PRINCÍPIOS

A PNAN é composta de princípios bem definidos (Quadro 1), que se somam aos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular.

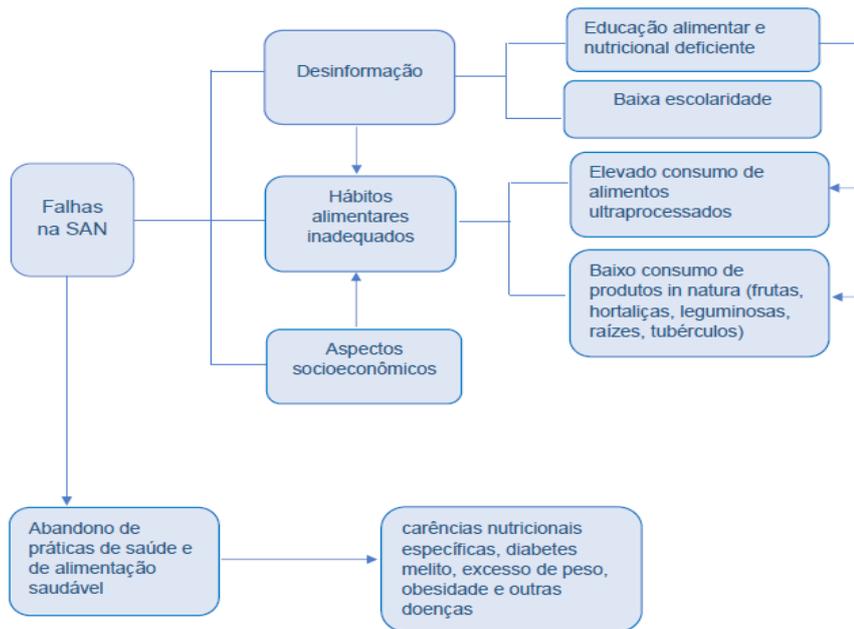
QUADRO 1 — DETALHAMENTO DOS PRINCÍPIOS DA PNAN

PRINCÍPIOS	DETALHAMENTO
Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde	A alimentação expressa as relações sociais, os valores e a história do indivíduo e dos grupos populacionais. Os hábitos alimentares apresentam implicações diretas na saúde e na qualidade de vida.
Respeito à diversidade e à cultura alimentar	As particularidades regionais de práticas alimentares e culturais devem ser respeitadas, de forma a reconhecer, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável da cultura alimentar.
Fortalecimento da autonomia dos indivíduos	A capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida o leva a refletir sobre a autonomia que deve ter em relação às práticas alimentares difundidas pela sociedade e decidir suas escolhas alimentares.
Determinação social e a natureza Interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição	O conhecimento dos determinantes sociais contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos e a articulação entre setores sociais, possibilitando a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais.
Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com soberania	Consiste em assegurar o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidades suficientes, sem comprometer outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

Quando o direito à saúde não é concretizado, ocorrem falhas na garantia da SAN (Figura 5), ocasionando mudanças do perfil de consumo e acesso a alimentos em quantidade suficiente e qualidade adequada.

Figura 5 — Relação entre a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e agravos nutricionais e de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para se obter bons resultados na SAN de uma população, é necessária a utilização de indicadores que avaliem hábitos alimentares em todas as dimensões. É preciso também a reorientação da política de alimentação e nutrição nos municípios e dos processos sistematizados de monitoramento da situação da saúde na Atenção Básica.



Em seu território de atuação profissional, você identifica os elementos listados na figura 1? O que pode ser feito para garantir a SAN?

DIRETRIZES

Para alcance efetivo de seu propósito, a PNAN traz diretrizes que indicam as linhas de ações capazes de modificar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e promover melhoras na saúde da população. Essas diretrizes também servem como instrumento ao setor na resolução das doenças e agravos que afetam a saúde, além de subsidiar intervenções que ofereçam condições necessárias ao tratamento e reabilitação, principalmente na prevenção de novos casos (Quadro 2).

QUADRO 2 — DIRETRIZES DA PNAN E AÇÕES PREVISTAS

DIRETRIZES	AÇÕES PREVISTAS
Organização da Atenção Nutricional	Garantir o cuidado integral da atenção nutricional na RAS, identificando agravos e riscos à saúde que estão diretamente relacionados ao estado nutricional da população assistida; Priorizar ações preventivas aos agravos; Identificar influências familiares e comunitárias (costumes e tradições) aos agravos relacionados à alimentação e nutrição; Incluir na Atenção Básica serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico e programas de suplementação de micronutrientes, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada.
Promoção da Alimentação Adequada e Saudável	Incentivar ambientes promotores de alimentação saudável como nas escolas, espaços comunitários e de lazer e favorecer escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades; Estimular práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos e acessíveis do ponto de vista físico e financeiro; Incentivar a prática de atividades físicas e corporais, aliados a hábitos saudáveis de alimentação.
Vigilância Alimentar e Nutricional	Avaliar e organizar a atenção nutricional no SUS e identificar prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida; Incentivar a participação social no diagnóstico da SAN no âmbito dos territórios; Monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases da vida, por meio do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).
Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição	Promover a implementação da PNAN, pelos gestores do SUS, por meio da construção de estratégias de financiamento, viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional; Construir estratégias capazes de elaborar e concretizar processos que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das ações de alimentação e nutrição.
Participação e Controle Social	Fortalecer a participação social, sobretudo, nos processos cotidianos do SUS, como por exemplo no Conselho Municipal de Saúde; Reconhecer e apoiar o protagonismo da população na luta pelos direitos à saúde e à alimentação; Criar e fortalecer espaços de escuta da sociedade e promover a inclusão social.
Qualificação da Força de Trabalho	Valorizar os profissionais de saúde; Qualificar gestores e todos os trabalhadores de saúde para implementar programas, políticas e ações, de acordo com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população.

Controle e Regulação dos Alimentos

Planejar ações que garantam a qualidade dos alimentos, desde a produção até a distribuição, com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população, como forma de controlar e prevenir riscos à saúde;
Promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização no uso de agrotóxicos, no controle sanitário da produção, informações completas e corretas na rotulagem, comercialização e distribuição de alimentos.

Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

Desenvolver o conhecimento em saúde coletiva;
Apoiar a pesquisa, a inovação e a tecnologia em saúde, alimentação e nutrição adequada.

Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

Estimular a cooperação entre o SUS e SISAN;
Fortalecer a SAN na RAS para o enfrentamento dos agravos em saúde e da insegurança alimentar e nutricional.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

PNAN NA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme apresentado no capítulo 1, a Atenção Básica é um ponto de atenção do sistema de saúde responsável pela comunicação entre os pontos da rede. Nesse sentido, o perfil e a qualificação dos profissionais da Atenção Básica devem ser adequados para promover o diálogo e a articulação, privilegiando a família como centro de atenção. Dessa forma, devem desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e conseqüentemente da comunidade.

A PNAN considera a Atenção Básica como o nível mais importante para a promoção de hábitos alimentares saudáveis em todas as fases da vida. Para um resultado positivo nos indicadores de nutrição, saúde e segurança alimentar, é necessário que o cuidado nutricional possa ser prestado em diferentes locais, como no núcleo familiar, nas unidades de saúde, creches e escolas. Deve-se, portanto, promover ações de diagnóstico, prevenção de doenças e carências nutricionais, reabilitação e promoção da saúde.



Os profissionais de saúde, tanto das eSF quanto do NASF-AB, se deparam com o desafio de assistência a uma população numerosa quando a finalidade é elevar a qualidade de vida a partir do princípio da integralidade e da longitudinalidade. Quando há carência de profissionais de saúde, sobretudo de nutricionistas, a elaboração e execução das estratégias de alimentação e nutrição são comprometidas ou, no mínimo, insuficientes.

Para uma efetiva intersetorialidade, é necessária a ampliação da inserção do profissional de saúde no município e a articulação com as políticas de educação, como forma de garantir o acesso universal aos serviços de saúde.

O NASF-AB poderá atuar positivamente na implementação da PNAN e gerar bons resultados para os problemas de saúde e necessidades da população, definindo estratégias de ação, metas, formas de monitoramento e recursos para alcançá-los.

Os planos de ações, políticas públicas e estratégias de promoção da alimentação e nutrição no NASF-AB (figura 6) colaboram para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade e para a conformação de uma rede humanizada de cuidados. A PNAN, alinhada a estas ações, contribui para o fortalecimento da promoção da saúde no território.

É importante que os profissionais de saúde do NASF-AB busquem ampliar o conhecimento e se qualificarem para a realização de práticas educativas efetivas e de uma assistência adequada ao processo saúde/doença da coletividade.

Figura 6 — Ações de alimentação e nutrição no NASF-AB



Fonte: Elaborada pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, para que a PNAN seja implementada de forma efetiva na AB, é necessária a construção de ações promotoras da alimentação saudável com qualidade sanitária e intervenções voltadas para o controle e prevenção das deficiências nutricionais, sobrepeso, obesidade, distúrbios alimentares, entre outros agravos. Dentro das estratégias intersetoriais, devem-se incluir ainda o incentivo a práticas de atividade física, hortas e pomares (domiciliares e/ou comunitárias) e atividades educativas nos espaços comunitários.

É importante destacar que a promoção da alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional e as atividades educativas não são de responsabilidade somente do nutricionista, mas sim de todos os profissionais da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

VASCONCELLOS, Ana Beatriz Pinto de Almeida. **As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de Atenção Básica**: uma análise dos anos de 2008 e 2009. 2011. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

JAIME, Patrícia Constante; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; LIMA, Ana Maria Cavalcante de; BORTOLINI, Gisele Ane. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732011000600002>.

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e Guia Alimentar para População Brasileira

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS)

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, na qual um dos eixos prioritários a serem desenvolvidos seria o Pacto em Defesa da Vida, que abrange questões de promoção da qualidade de vida. No entanto, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) foi institucionalizada somente em 2006, a partir da publicação da Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS).

O objetivo dessa política é:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2015).

Além disso, a PAAS também compõe uma das nove diretrizes da PNAN.

O termo '*alimentação adequada e saudável*' vai além de alimentos com alto valor nutritivo. Ele deve atender hábitos e práticas alimentares regionais, valores culturais, modo de cultivo sustentável e sem contaminantes químicos, físicos e biológicos. Além disso, deve ser permanente e justa em quantidade e qualidade para os diferentes estágios da vida.



Assim, o objetivo da PAAS é promover uma alimentação adequada e saudável para indivíduos e coletividades, por meio de ações intersetoriais, com a finalidade de reduzir a prevalência de DCNT, bem como sobrepeso e obesidade.

Algumas ações que podem ser aplicadas pelos profissionais da saúde e os órgãos governamentais para a garantia da PAAS são:

- Apoio da prefeitura para implementação de feiras livres em desertos alimentares, ou seja, locais onde não há oferta de alimentos frescos como frutas, hortaliças e outros alimentos saudáveis.
- Realização de atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) na Unidade Básica de Saúde, na comunidade, em creches e escolas.
- Oficinas culinárias para instruir sobre as técnicas de preparo e receitas acessíveis para diferentes doenças.
- Rodas de conversas entre usuários e profissionais de saúde para o empoderamento, autocrítica e autonomia, criando uma rede de apoio.
- Ações da prefeitura para estimular a agricultura familiar, com o objetivo de aproximá-la e inseri-la na comunidade.
- Estimular os pequenos produtores a se vincular a cooperativas e associações que apoiem a agricultura familiar, para ajudá-los a aumentar as parcerias e, assim, facilitar a distribuição de alimentos frescos e com um preço mais acessível.

Nesse sentido, as ações da PAAS devem envolver estratégias que sejam capazes de gerar conhecimento sobre uma alimentação saudável. Além disso, deve proporcionar autocrítica para que o indivíduo seja capaz de fazer escolhas alimentares mais saudáveis, bem como uma mudança no estilo de vida.



No seu território existem ações que promovam a alimentação adequada e saudável? Quais ações são aplicadas?

GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Os hábitos alimentares e o estilo de vida dos brasileiros têm mudado nas últimas décadas. O consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados está diminuindo, em contrapartida ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, com a conseqüente menor ingestão de nutrientes e maior ingestão de calorias provenientes de gorduras saturadas e trans e açúcares simples. Essa mudança na escolha resulta em um aumento crescente na ocorrência do excesso de peso e das DCNT.

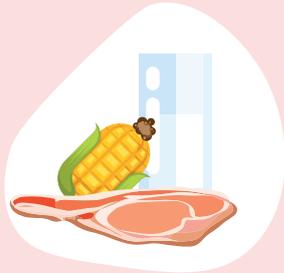
Nesse contexto, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* - publicado em 2014, com o objetivo de resgatar hábitos alimentares e culturais - compreende uma das estratégias para a implementação da PAAS. Também é um documento oficial que deve auxiliar as ações de EAN no âmbito SUS. Aborda, assim, os diversos determinantes das práticas alimentares, bem como a complexidade e os desafios que envolvem a conformação dos Sistemas Alimentares atuais.

Além disso, o guia também reafirma a importância de intervenções de EAN, como as rodas de conversas, oficinas culinárias e demais encontros que promovem discussão e troca de informações e experiências. Dessa forma, alimentos típicos e hábitos culturais são resgatados e postos em prática.



Um conteúdo do Guia que merece destaque é a classificação dos alimentos de acordo com seu grau de processamento (Quadro 3).

QUADRO 3 — CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM GRAU DE PROCESSAMENTO



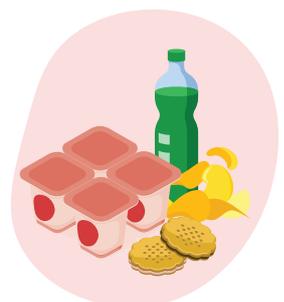
Alimentos *in natura* e minimamente processados. Os alimentos *in natura* são aqueles que não sofrem nenhuma alteração antes do consumo, como frutas, hortaliças, ovos etc. Já os minimamente processados são alimentos *in natura* que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Por exemplos: grãos secos, polidos e empacotados. Os alimentos que compõem esse grupo são os que devem ser mais consumidos pela população, porque são mais naturais e não sofreram muitas perdas de nutrientes.



Ingredientes culinários. Produtos retirados de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza e usados para temperar e cozinhar alimentos, como óleos, gorduras, açúcar e sal.



Alimentos processados. Geralmente são alimentos *in natura*, que passaram por um método de preparo, no qual adicionaram sal ou açúcar, como legumes em conserva, frutas em calda, queijos e pães.



Alimentos ultraprocessados (UPP), ou seja, aqueles cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e adição de vários ingredientes, como por exemplo, refrigerantes e biscoitos recheados, muitos deles de uso exclusivamente industrial.

Visto isso, alguns estudos científicos publicados recentemente têm mostrado associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados (UPP) e o aumento da prevalência da mortalidade e DCNT. Estudo realizado entre 1999 e 2014, na Espanha, com aproximadamente 20 mil pessoas, mostrou que aqueles indivíduos com consumo superior a quatro porções diárias tinham um risco relativo 62% mais alto de morte por diversas causas, como câncer e infarto, quando comparados àqueles que consomem menos de duas porções diárias (RICO-CAMPÀ et al., 2019).

Outro estudo, que acompanhou quase 12 mil norte-americanos por 19 anos, mostrou que as pessoas com consumo superior a cinco porções diariamente apresentaram um risco 31% maior de morte por doenças cardiovasculares e câncer (KIM; HU; REBHOLZ, 2019).

No Brasil, os resultados divulgados pelo VIGITEL (2018) revelam que 14,4% dos brasileiros consomem refrigerantes cinco ou mais vezes na semana. Esse consumo se mostrou ser mais elevado entre homens (17,7%), quando comparados às mulheres (11,6%).

Não obstante, pesquisas realizadas em escolas, universidades e na comunidade brasileira têm demonstrado que o consumo de alimentos UPP está relacionado ao aumento da prevalência de doenças, como sobrepeso, obesidade (ENES; CAMARGO; JUSTINO, 2019), diabetes do tipo 2 (SILVA et al., 2019) e hipertensão arterial (FERREIRA, 2017).

Desse modo, a discussão do tema é essencial para esclarecer os riscos de uma alimentação desbalanceada e com ingestão excessiva de calorias e aditivos químicos, uma vez que podem acarretar sérios prejuízos à saúde. Outro ponto importante a ser abordado é como os alimentos regionais podem compor o cardápio, de forma a deixar a alimentação mais equilibrada. Em Minas Gerais, por exemplo, o pão de queijo, o café com leite, a galinha com quiabo, o queijo curado e o angu têm lugares reservados na mesa dos mineiros.



Para que a cultura e os hábitos alimentares regionais não se percam, é necessário adequá-los à rotina alimentar. Felizmente, a maior parte dos alimentos típicos de uma região são compostos por alimentos *in natura* ou minimamente processados, o que permite um consumo mais frequente. Mas sempre optando por combinar com alimentos mais leves e frescos, no caso de o prato principal ser um pouco mais substancioso.

Nesse contexto, o Guia orienta que, para se ter uma alimentação balanceada no café da manhã, é necessário o consumo de frutas, um derivado lácteo e carboidrato, que pode ser pão ou bolo. No almoço, alimentos minimamente processados, como arroz e feijão, juntamente com uma carne magra e salada de hortaliças e legumes. No lanche da tarde, consome-se mais uma fruta e algum derivado do leite, como iogurte ou queijo. No jantar, é sugerido que o hábito de se manter o consumo de comida desta refeição deve ser mantido; assim, é necessário reduzir o consumo de lanches e produtos industrializados, aumentando o de saladas e sucos.

Contudo, o Guia Alimentar é um instrumento para EAN, pautado no Direito Humano à Alimentação Adequada e na PAAS para a população brasileira e que valoriza e declara os determinantes das práticas alimentares e sua complexidade.

A combinação dos diferentes alimentos dos grupos de cereais, leguminosas, carnes e ovos, saladas e frutas compõe uma dieta rica em nutrientes, que podem gerar inúmeras refeições saudáveis e minimamente processadas.



No seu município, o Guia Alimentar para População Brasileira é utilizado como uma das ferramentas para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável? Como o Guia tem sido trabalhado?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Alimentação Adequada e Saudável** – PAAS. Jun, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/820-promocao-da-saude/40731-promocao-da-alimentacao-adequada-e-saudavel-paas>> Acesso em: 25 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno Temático SAN e PAAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 35 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_san_paas.pdf.

ENES, C. C.; CAMARGO, C. M. DE; JUSTINO, M. I. C. Ultra-processed food consumption and obesity in adolescents. **Revista de Nutrição**, v. 32, n. 0, p. 1–11, 2019.

FERREIRA, R. C. et al. Consumo de alimentos preditores e protetores de risco cardiovascular por hipertensos do estado de Alagoas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2419–2430, 2019.

KIM, H.; HU, E. A.; REBHOLZ, C. M. Ultra-processed food intake and mortality in the USA: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-1994). **Public Health Nutrition**, v. 22, n. 10, p. 1777–1785, 2019.

RICO-CAMPÀ, A. et al. Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. **BMJ (Online)**, v. 365, 2019.

SILVA, D. C. G. DA et al. Consumo de bebidas açucaradas e fatores associados em adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 899–906, 2019.

VIGITEL. **Vigitel Brasil 2017** - Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. [s.l: s.n.].

Sistemas Alimentares

A alimentação compreende mais do que o ato de comer e a disponibilidade de alimentos. Ela inclui a obtenção do alimento, em todas as fases da cadeia de produção, que se inicia no campo e vai até a sua chegada à mesa do consumidor.

A alimentação adequada é um direito de todo ser humano, cuja realização depende de Sistemas Alimentares social e ambientalmente sustentáveis, uma vez que eles repercutem diretamente na SAN. O fornecimento de alimentos saudáveis, de qualidade e em quantidade suficientes, acessíveis, seguros e culturalmente aceitáveis constituem elementos da SAN.

Segurança Alimentar e Nutricional

“Estabelecida no Brasil, em 2006, como realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Tem como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006).

<https://www.youtube.com/watch?v=iwyrzepHiPg&t=104s>

Soberania Alimentar

“Direito dos povos de decidir seu próprio Sistema Alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica. Coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado” (BRASIL, 2008).

Sistema Alimentar

Este termo engloba todos os processos de produção, transformação, distribuição, marketing e consumo de alimentos, levando em consideração fatores, como ambientes, pessoas e instituições envolvidas em cada etapa do sistema, insumos e infraestruturas. Inclui também os resultados socioeconômicos e ambientais dos processos de produção, estando relacionados à cultura, política, desenvolvimento econômico, ecossistemas e bem-estar social dos países (HLPE, 2017)

As características dos sistemas de produção e distribuição de alimentos podem contribuir para justiça social e sustentabilidade ambiental, ou para o agravamento das questões de desigualdade e comprometimento do meio ambiente. Tais sistemas estão também fortemente relacionados à transição nutricional, uma vez que influenciam a estrutura da dieta e os padrões alimentares, que, por sua vez, impactam no perfil de saúde e nutrição da população.



Nos últimos anos, essa transição nutricional tem sido caracterizada por redução da prevalência de desnutrição e aumento das DCNT, o que requer atenção quanto à implementação de ações de promoção da saúde e prevenção e controle das doenças.

As cadeias de fornecimento de alimentos, os ambientes alimentares e o comportamento do consumidor são constituintes dos Sistemas Alimentares, envolvidos nos pontos de entrada e saída no processo de nutrição. As pessoas, elementos e processos que compõem os Sistemas Alimentares interagem entre si e com outros sistemas, como os de saúde, energia e transporte, o que revela a importância de um planejamento das ações para alcançar resultados positivos nesses ambientes.

CONSTITUINTES DO SISTEMA ALIMENTAR

Cadeia de fornecimento de alimentos

Todas as etapas da produção ao consumo de alimentos, incluindo as atividades de armazenamento, distribuição, processamento, embalagem, varejo e *marketing* compõem a cadeia de fornecimento de alimentos. O gerenciamento dessas etapas terá impacto na quantidade e qualidade dos alimentos produzidos, abrangendo aspectos sensoriais, nutricionais e de segurança higiênico-sanitária e terá influência na disponibilidade, acesso e consumo.

A qualidade nutricional dos alimentos pode ser alterada positivamente na cadeia de fornecimento. Isso ocorre pelo uso de procedimentos, como biofortificação, fortificação de alimentos, controle dos processos de armazenamento e modificação nos ingredientes utilizados na formulação de alimentos, contribuindo para maior acesso a macronutrientes e micronutrientes. Por outro lado, o valor nutricional dos alimentos também pode diminuir ao longo da cadeia, por controle inadequado das condições de transporte e armazenamento, bem como durante o processamento (por exemplo: emprego de calor). Também pode ocorrer a perda de alimentos por contaminação.



Sistemas de produção

A agricultura e os sistemas de produção afetam a disponibilidade de alimentos e acessibilidade econômica, bem como a qualidade e a diversidade da dieta. Embora a nutrição possa entrar no suprimento alimentar à medida que a comida se movimenta ao longo da cadeia, os diferentes tipos e variedades de alimentos disponíveis, além de onde e como são produzidos e coletados, podem moldar significativamente as dietas.

Um sistema de produção que contribui para ampliar o acesso a alimentos sazonais, *in natura* ou minimamente processados, como aqueles que envolvem pequenos produtores do município podem favorecer a inclusão de produtos mais saudáveis no hábito alimentar da população local.

Outros Sistemas Alimentares, porém, com produção em grande escala, podem favorecer a disponibilidade de maior variedade de alimentos, visto que são encontrados em diferentes épocas do ano. Entretanto, o manejo envolvido nessas produções pode contar com a maior utilização de produtos químicos, que, sem o controle adequado, podem ser prejudiciais à saúde.

Processamento e embalagem

O processamento de alimentos pode alterar o conteúdo de nutrientes e a biodisponibilidade dos mesmos, bem como a sua palatabilidade e conveniência, além de modificar sua textura, cor e forma. Dessa forma, eles se tornam mais

aceitáveis e desejáveis pelo consumidor, aumentando o tempo de prateleira, facilitando a comercialização e reduzindo o desperdício.

Entretanto, alimentos altamente processados tendem a apresentar maiores quantidades de gordura saturada, açúcar e sódio do que aqueles minimamente processados. O processamento também pode ser responsável por diminuir o valor nutricional dos alimentos, reduzindo o conteúdo de fibras e de outros nutrientes.

Levando em consideração esses aspectos, o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) estabelece como regra de ouro: “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados.”

Alguns tipos de processamento comumente empregados, como a secagem de grãos, moagem para obtenção de farinhas, resfriamento ou congelamento de produtos (por exemplo, de carnes), aquecimento (cozimento/pasteurização) de leite e fermentação para obtenção de iogurtes, podem aumentar o tempo de duração dos alimentos, sem modificar intensamente a sua composição.

Já outras formas de processamento, que incluem adição de sal e açúcar, gordura e aditivos químicos, ao mesmo tempo em que auxiliam na conservação, alteram a composição dos alimentos, podendo ter efeitos negativos sobre a saúde.



As embalagens, além de auxiliarem na conservação dos alimentos, podem conter informações importantes ao consumidor, contribuindo para sua autonomia na escolha dos produtos alimentares. No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é o órgão responsável por estabelecer os requisitos legais relacionadas à rotulagem nutricional dos alimentos, como a obrigatoriedade de apresentar no rótulo a listagem de ingredientes, informações nutricionais, prazo de validade do produto e os principais ingredientes que podem causar alergia alimentar. Estabelece também a proibição do uso de propagandas enganosas, que podem induzir o consumidor ao erro na escolha do produto.

Armazenamento e distribuição

O armazenamento e distribuição podem ter grande influência na conservação e segurança dos alimentos, atuando sobre a qualidade da dieta e o desperdício alimentar - especialmente daqueles *in natura*, que tendem a se deteriorar rapidamente e requerem condições controladas de temperatura e umidade para sua conservação.

O transporte de alimentos pode se tornar mais difícil e lento quando as estradas não são adequadas, resultando em perda de qualidade e/ou maior desperdício, como ocorre também quando são armazenados de forma inadequada. A busca por melhoria de infraestrutura com melhores estradas, instalações de armazenamento e maior acesso ao armazenamento frio pode ter um impacto positivo na maior duração dos alimentos, no controle do desperdício e no acesso a produtos seguros e de qualidade.

Comercialização

Tanto os grandes quanto os pequenos mercados e outros locais de comercialização de alimentos, como feiras, restaurantes e comércio ambulante, são espaços que moldam o ambiente alimentar no qual os consumidores tomam decisões de compra, podendo influenciar os padrões alimentares da população local.

Os grandes estabelecimentos de comercialização de alimentos são responsáveis por mudanças na cadeia de fornecimento, ampliando as opções de escolha dos consumidores a preços competitivos. Desafiam também os pequenos produtores a atender aos requisitos e padrões das cadeias de supermercados e/ou a buscarem outras estratégias para a comercialização de seus produtos.



Ambiente Alimentar

O ambiente alimentar envolve os contextos físico, econômico, político e sociocultural em que os consumidores interagem com o Sistema Alimentar na aquisição, preparação e consumo de alimentos. O contexto abrange as interações sociais, que podem afetar as escolhas alimentares por meio de mecanismos, como modelagem de papéis, apoio social e normas sociais.

Já o contexto físico abrange as várias configurações em que as pessoas consomem ou compram alimentos, como residências, locais de trabalho, escolas, restaurantes e supermercados, que na comunidade influenciam quais produtos estão disponíveis para consumo, favorecendo ou dificultando a adoção de uma alimentação saudável.

Fatores econômicos e políticos se relacionam com o *marketing*, normas sociais, sistemas de produção e distribuição, políticas agrícolas e estruturas econômicas de preços, influenciando também na disponibilidade e escolha de alimentos para consumo.

A maneira pela qual as pessoas acessam, preparam e consomem alimentos está sendo alterada em consequência de mudanças no ambiente alimentar. Isso porque, anteriormente, a maioria dos alimentos era produzida por pequenos agricultores para consumo doméstico ou comprada em pequenos mercados locais.

Atualmente, porém, os alimentos estão prontamente disponíveis para consumo e acessíveis em vários ambientes ao longo do dia. Muitas vezes, é privilegiada a escolha desses produtos, que em grande parte contêm alto valor calórico e baixo valor nutritivo, em detrimento de alimentos *in natura* ou minimamente processados.



Esse panorama contribui para o aumento da incidência de obesidade e outras DCNT. É, portanto, necessário estimular os cidadãos a fazerem escolhas alimentares saudáveis, prestando atenção aos rótulos dos alimentos, buscando tomar decisões mais informadas sobre o que comprar e consomem, contribuindo para a melhora da saúde. É importante ainda estar alerta ao *marketing* e à publicidade enganosa, bem como às políticas de preços e embalagens que podem colaborar para o consumo de alimentos ultraprocessados.

Além disso, deve-se modificar o ambiente alimentar, considerando que ambientes saudáveis permitem que os consumidores façam escolhas alimentares mais nutritivas. No entanto, o mesmo ambiente oferece diversos níveis de acesso a diferentes consumidores, dependendo de fatores, como distância dos locais de acesso, condições financeiras e de saúde, tempo, materiais e habilidades para preparar os alimentos.

Estratégias potenciais para obtenção de alimentos saudáveis por consumidores com menor poder de compra e acesso, incluem o incentivo a mercados de agricultores da vizinhança, hortas comunitárias, incorporação de produtos frescos e alimentos saudáveis em mercados locais e feiras.



Em seu município, são utilizadas estratégias para estimular a obtenção de alimentos saudáveis pelos consumidores?

Comportamento do consumidor

O comportamento do consumidor contempla escolhas feitas por eles, sobre quais alimentos adquirir, armazenar, preparar e comer, e na alocação desses produtos dentro do domicílio. Tanto a disponibilidade de alimentos no domicílio, quanto a facilidade de acesso a eles estão associados ao comportamento alimentar e a escolhas individuais. Portanto, devem ser planejados de forma que os alimentos saudáveis estejam em locais de mais fácil acesso.

Há outros fatores que influenciam no modo como as pessoas interagem com o ambiente alimentar e realizam as suas escolhas alimentares: cognições, aspectos biológicos, preferências pessoais determinadas pelo gosto, valores, cultura, experiências, conveniência e situações sociais. Motivações, autoeficácia e capacidade comportamental também podem afetar o comportamento do consumidor.

Considerando o fato de que o comportamento do consumidor é moldado pelo ambiente alimentar, a mudança de comportamento individual é difícil de ser alcançada quando não se considera o contexto no qual as pessoas tomam decisões. Mudanças coletivas no comportamento do consumidor podem abrir caminhos para Sistemas Alimentares mais sustentáveis que melhoram a SAN e a saúde.



Você percebe limitações no Sistema Alimentar de seu município?

Figura 7 — Componentes do Sistema Alimentar



Fonte: Elaborada pelos autores

DIETAS SUSTENTÁVEIS

Os três componentes dos sistemas alimentares discutidos anteriormente afetam a capacidade dos consumidores de adotar dietas sustentáveis, que são aquelas protetoras da biodiversidade e dos ecossistemas. Isso quer dizer que elas têm baixo impacto ambiental e que, além disso, contribuem para a SAN e para uma vida saudável para as gerações presentes e futuras.

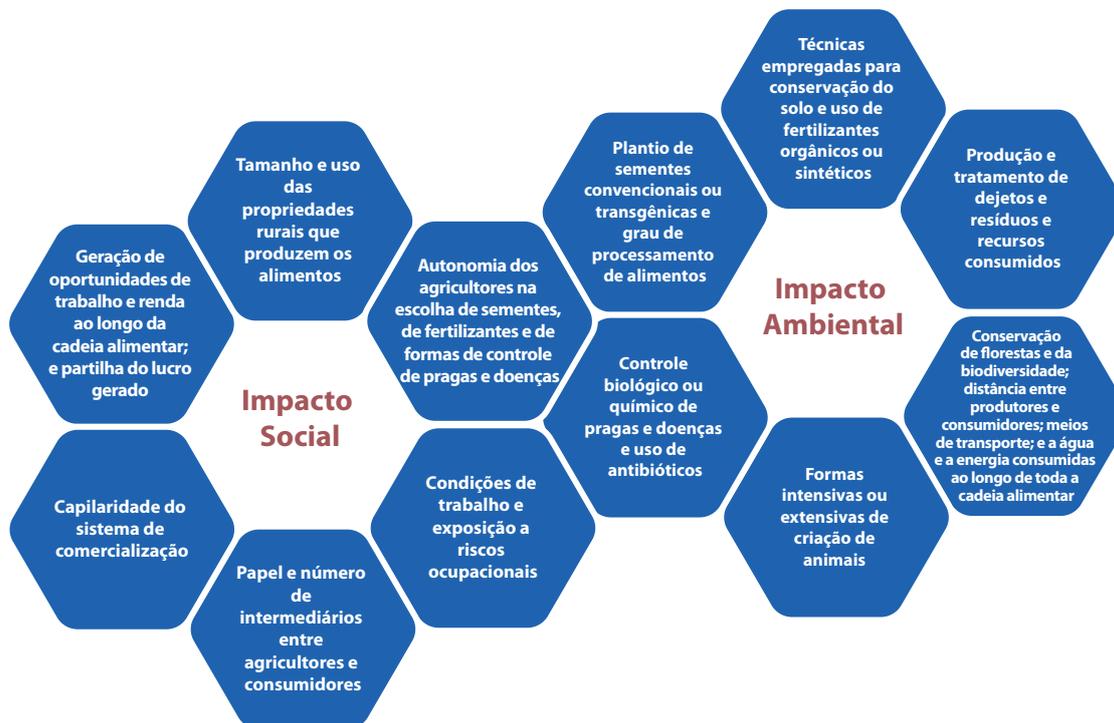
Diferentes alimentos utilizam diferentes insumos, incluindo energia, água, fertilizantes, infraestrutura e agrotóxicos na produção, transporte, processamento e comercialização de alimentos. Os Sistemas Alimentares também geram níveis variáveis de emissão de dióxido de carbono e metano, dentre outros gases associados ao efeito estufa.



Além disso, o uso abusivo de agrotóxicos é uma preocupação, visto que a exposição a esses produtos pode causar quadros de intoxicação leve a grave, dentre outras consequências como alergias, distúrbios gastrintestinais, respiratórios, endócrinos, reprodutivos e neurológicos, neoplasias, mortes acidentais e suicídios. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados desperta preocupação quanto à gestão inadequada de seus resíduos ambientais, principalmente das embalagens.

Os atores dos processos de decisão relacionados ao Sistema Alimentar precisam conhecer e considerar todas as consequências nutricionais, de saúde, sociais, econômicas e ambientais de suas escolhas.

Figura 8—Impacto social e ambiental dos Sistemas Alimentares



Fonte: Elaborada pelos autores

PERDAS E DESPERDÍCIOS DE ALIMENTOS

As perdas e desperdícios de alimentos afetam a sustentabilidade dos Sistemas Alimentares em suas dimensões econômicas, sociais e ambientais e sua redução, que requer a identificação de causas e a seleção de potenciais soluções, é um desafio para a SAN da população mundial.

As perdas ao longo da cadeia alimentar variam de acordo com a região e o produto: enquanto nos países de renda média e alta, a maioria ocorre na distribuição e no consumo, naqueles de baixa renda, concentra-se na produção e na pós-colheita. A redução das perdas pode envolver ações coordenadas para a melhoria das infraestruturas, particularmente das instalações de transporte, energia e mercado.



A má gestão dos resíduos sólidos urbanos, sobretudo em regiões mais pobres carentes de infraestrutura de saneamento, proporciona a formação de focos de reprodução mosquitos transmissores de doenças infecciosas, tais como dengue, chikungunya e o vírus zika.

As perdas e desperdícios influenciam a SAN pela redução da disponibilidade global e local de alimentos, pelo impacto negativo no acesso a alimentos, pelo uso insustentável de recursos naturais e pelas perdas de qualidade e nutrientes ao longo da cadeia de produção. Em 2013, o volume de lixo desperdiçado no Brasil chegou a 46 milhões de toneladas, das quais 58% é lixo orgânico.

Nesse contexto, compreende-se a importância de considerar não só o que se come, mas também as formas de produção e de acesso aos alimentos e os modos de comer de indivíduos e coletividades, quando se tratam dos temas alimentares.



Você é capaz de descrever alguma estratégia implementada em seu município para a redução das perdas e desperdícios de alimentos?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o aumento na produtividade e eficiência dos Sistemas Alimentares nas últimas décadas reduzirem a insegurança alimentar e contribuírem para o crescimento econômico em todo o mundo, muitos aspectos desses mesmos sistemas demonstraram resultados negativos para a saúde, ambiente e sociedade.

Embora a fome tenha declinado, nas últimas décadas, na maioria dos países - em particular naqueles economicamente emergentes como o Brasil -, a frequência da obesidade e do diabetes vem aumentando rapidamente, além de outras doenças crônicas relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação: hipertensão, doenças cardíacas e certos tipos de câncer. No entanto, a desnutrição, em todas as suas formas, ainda afeta todos os países e é um grande obstáculo para alcançar segurança alimentar global, nutrição adequada e desenvolvimento sustentável.

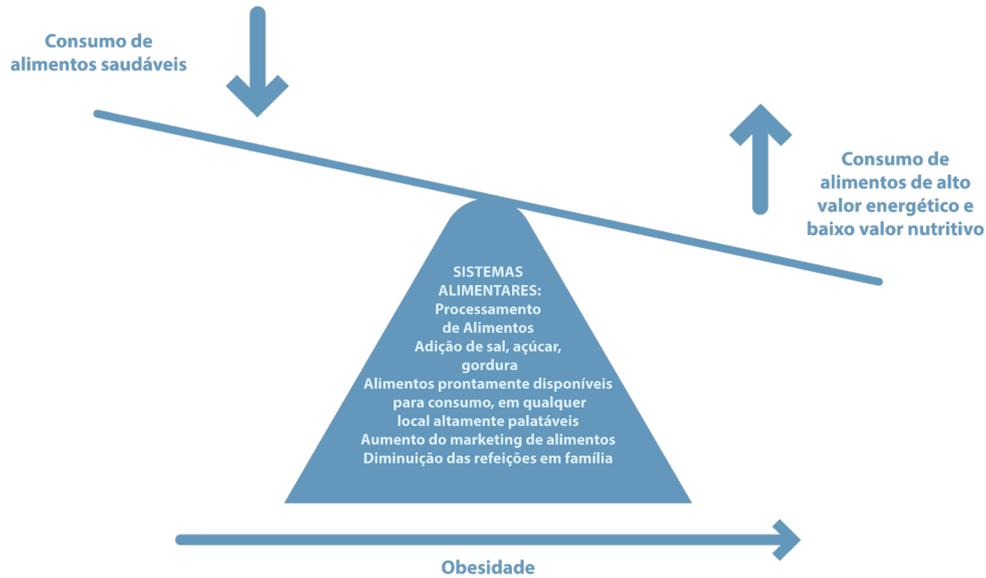
A forma como os alimentos são produzidos, comercializados e consumidos podem contribuir para o aumento das DCNTs no Brasil. Isso porque os Sistemas Alimentares favorecem o crescimento da oferta de alimentos com alto teor energético, adicionados de açúcar, gorduras e sal, com baixo valor nutritivo.

Como são comercializados a preços competitivos, em embalagens que facilitam o consumo fora do ambiente domiciliar, sem requerer etapas de preparações adicionais, esses produtos tornam-se convenientes para serem consumidos em diferentes ambientes e situações sociais. Consequentemente, estão sendo relacionados ao aumento da obesidade e de outras doenças crônicas.



Associado a esses fatores, devemos citar o *marketing* como parte do Sistema Alimentar, que, por meio de múltiplos canais de mídia, pode promover maior consumo desses alimentos que também contribuem para o crescimento dessas doenças.

Figura 9 — Relação dos componentes dos Sistemas Alimentares e obesidade



Fonte: Elaborada pelos autores

Apesar de o principal objetivo de um Sistema Alimentar ser a garantia da SAN, alcançar este resultado é um desafio, uma vez que vulnerabilidades de um sistema surgem do sequenciamento de certos processos e atividades e das interações entre eles. Agir para mudar de Sistema Alimentar não é tarefa fácil, demandando dos diferentes atores envolvidos nesses sistemas responsabilidade e comprometimento com as mudanças necessárias e capacidade para realizá-las ou mobilizar recursos para sua realização.

REFERÊNCIAS

BRASIL; BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 143, n. 179, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION. **Sistemas alimentares e dietas: Como enfrentar os desafios do século XXI**. Londres, Reino Unido, 2016.

HLPE. **Nutrition and food systems**. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security, Rome, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sistemas alimentares e nutrição: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição**. Brasília, DF: OPAS, 2017.

5

Determinantes Sociais da Saúde e da Obesidade

Muitos fatores influenciam as condições de saúde de uma população, como, por exemplo, as condições econômicas e sociais. Isso porque a maior parte das doenças que acometem os indivíduos ocorre por questões relacionadas ao ambiente em que as pessoas estão inseridas; ou seja, onde elas vivem, trabalham e envelhecem (BUSS; FILHO, 2007).

Esse conjunto de fatores que interferem nas condições de saúde é denominado *Determinantes Sociais de Saúde—DSS*, termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais de saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define:

Os DSS - além de tratarem das condições onde as pessoas vivem, trabalham e envelhecem - também integram fatores étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que levam à ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2005).

O conceito de DSS surgiu no fim da década de 1970 e início da década de 1980, quando as intervenções de saúde se mostraram limitadas e com pouco foco na sociedade. Um dos mais fortes argumentos para a gênese dos DSS foi o de que o auxílio à saúde das pessoas não é determinado apenas pela atenção médica. De modo contrário, o conceito de DSS está ligado aos *“fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes”* (BUSS; FILHO, 2007).

Os DSS apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde.



Os DSS influenciam todas as dimensões do processo de saúde das populações, desde o contexto individual até o da coletividade na qual ele se insere. Portanto, eles não podem ser avaliados apenas pelas possíveis doenças e fatores de risco geradas. Nesse sentido, não há como se estabelecer uma hierarquia de determinações (sociais, econômicas, políticas) entre os DSS e a saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito.

Modelos de DSS

Pensando numa forma de estudar como os DSS podem provocar iniquidades de saúde, vamos destacar quatro pontos de vista sob a ótica de Buss & Filho (2007): a primeira leva em consideração aspectos físico-materiais; a segunda privilegia aspectos psicossociais; a terceira são os denominados enfoques ecossociais, e a quarta são as perspectivas multiníveis.

Na primeira análise, é considerado que as diferenças de renda influenciam a saúde individual e coletiva. Isso ocorre por uma falta de recursos financeiros pessoais para a manutenção a saúde e por falta de investimentos por parte

de órgãos governamentais em educação, saneamento, transporte, habitação, etc.

Na segunda perspectiva, o pressuposto é de que as experiências das pessoas, ou seja, suas percepções de desigualdade, provocam estresse e prejuízos à saúde. Os demais conceitos trazem uma visão mais ampla, no sentido de integrar ecológica e dinamicamente a visão individual, de grupo, social e biológica.

IMPORTANTE!

A equidade pode ser definida como “ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos” CNDSS, 2005.

A iniquidade envolve mais que meras desigualdades, já que algumas desigualdades na saúde não podem ser descritas razoavelmente como injustas, e algumas não são nem evitáveis nem remediáveis. “Iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Portanto, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder”.
(CNDSS, 2005)

A seguir, veremos alguns dos modelos mais utilizados para esquematizar os DSS tendo em vista as abordagens citadas acima.

Modelo de Dahlgren e Whitehead

O modelo de Dahlgren e Whitehead (GUNNING-SCHEPERS, 1999) apresenta um esquema das relações entre os diversos DSS dispostos em diferentes camadas: desde uma camada interna, que é referente aos determinantes individuais, até uma camada mais externa, que os autores definem como a dos macrodeterminantes (Figura 10). Na base, estão os indivíduos, com suas características de idade, sexo, fatores genéticos, que, de maneira óbvia, influenciam suas condições de saúde.

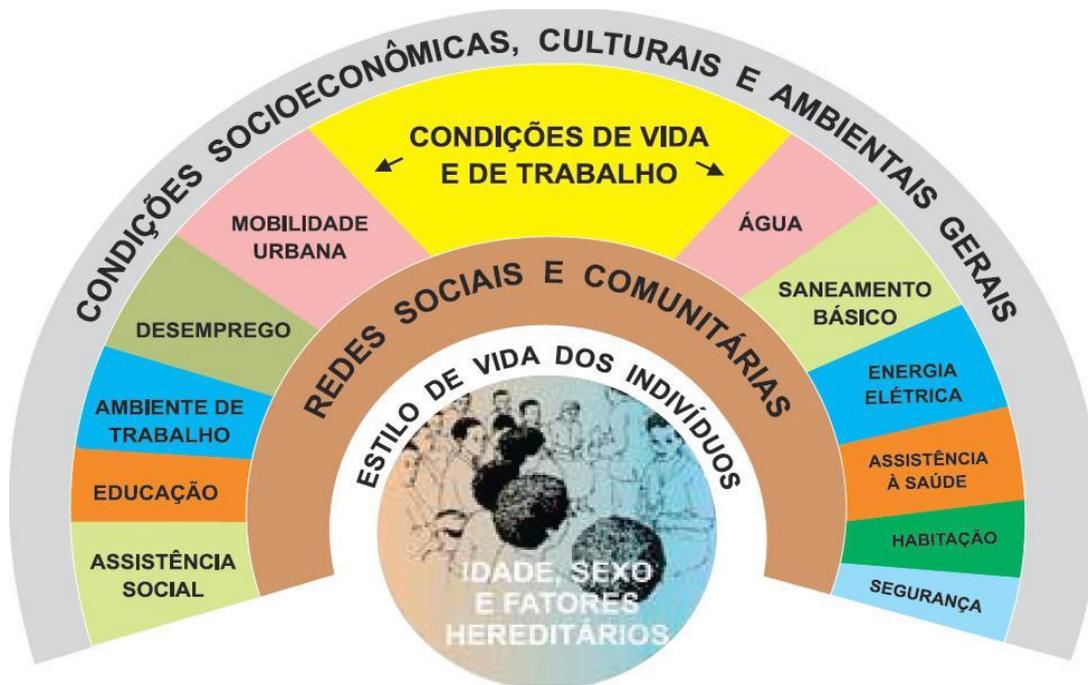
Na segunda camada, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Importante destacar que essa camada se encontra no limiar entre os fatores relativos à individualidade e os DSS (já que os comportamentos individuais podem ser considerados como DSS, uma vez que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais), como as mídias sociais, as possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.

Em seguida, na terceira camada há o destaque para a influência das redes de apoio e comunitárias, que expressam em maior ou menor proporção o nível de coesão social, que é parte fundamental para a saúde da sociedade, de modo geral.

No nível seguinte, são destacados os fatores que estão relacionados às condições de vida e de trabalho, à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Nesse nível, podemos evidenciar a questão social, na qual os indivíduos que se encontram em desvantagem social possuem maior exposição a piores condições de moradia, trabalho, estresse e menor acesso aos serviços de saúde.

Por fim, no último nível, se encontram os macrodeterminantes que se referem às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Essa camada apresenta grande influência sobre as demais, visto que representa também questões políticas e econômicas que são relativas aos países.

Figura 10 — Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead

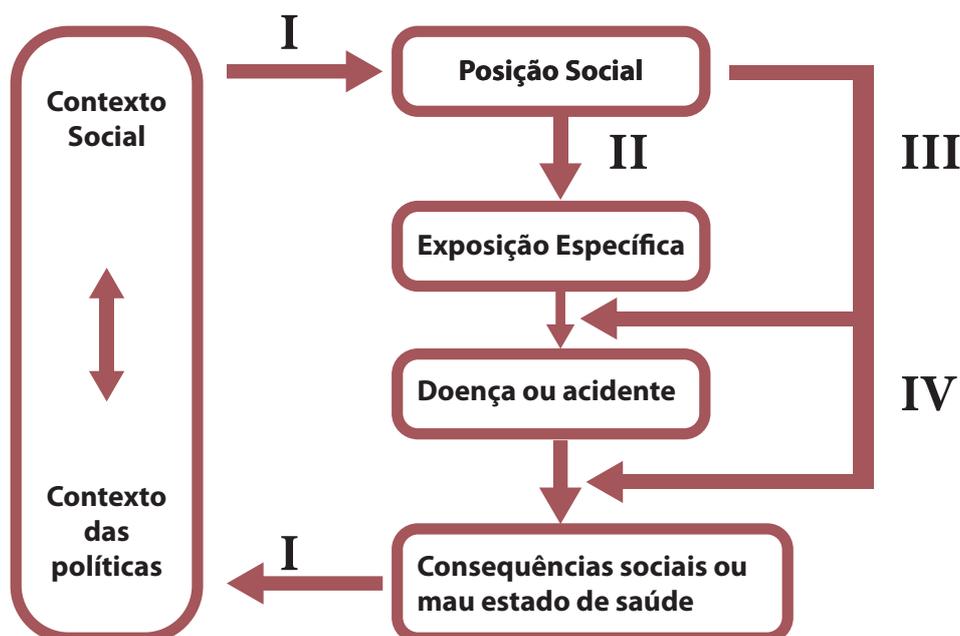


Fonte: Dahlgren e Whitehead, (1991)

Modelo de Diderichsen e Hallqvist

O modelo proposto por Diderichsen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Evans et al (2001). Esse modelo enfatiza questões sociais, como a estratificação social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas interferindo diretamente em diferentes condições de saúde entre as populações.

Figura 11 — Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998 adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001)



No diagrama da Figura 11, o número romano (I) representa o indivíduo e como ele ocupa determinada posição social fruto de diversos mecanismos sociais, como a educação e o mercado de trabalho.

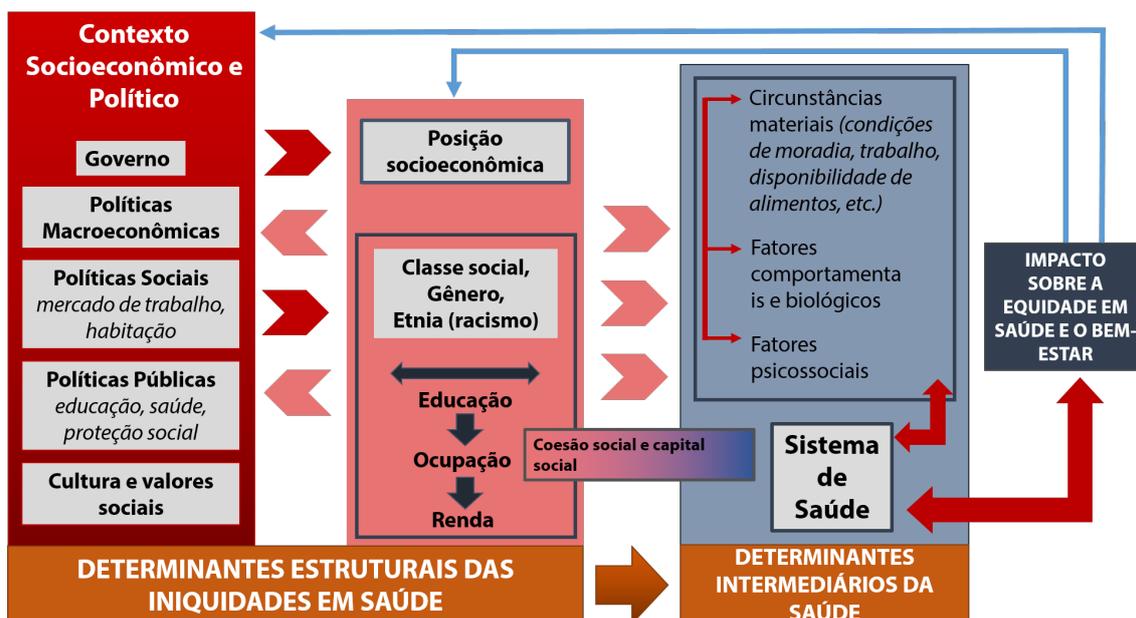
A partir da posição social individual, o número romano (II) apresenta a exposição a riscos que causam danos à saúde; o número romano (III) apresenta o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, a partir de uma exposição a estes riscos; e o número romano (IV) representa as diferentes consequências físicas ou sociais, uma vez estando doente. As “consequências sociais” apresentadas nesse modelo representam o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.

Modelo adotado pela Organização Mundial de Saúde – OMS

A organização Mundial de Saúde adotou o modelo de SOLAR e IRWIN (2010) em seu relatório *Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*, que foi discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro (OMS, 2011).

Nesse modelo, os determinantes são divididos em “estruturais das iniquidades em saúde” e “determinantes intermediários de saúde”. Os determinantes estruturais incluem renda, classe social, gênero e etnia (os preconceitos relativos a eles), e os determinantes intermediários são caracterizados pelos fatores comportamentais e biológicos, condições de moradia, de trabalho, disponibilidade de alimentos, aspectos psicossociais e no próprio Sistema de Saúde.

Figura 12 — Determinantes Sociais de Saúde: modelo adotado pela OMS.



Fonte: Solar e Irwin, 2010.

Intervenções sobre os DSS

Para que as condições de saúde das populações sejam melhoradas, as intervenções a serem feitas devem ser coordenadas e coerentes, com a finalidade de reduzir as iniquidades de saúde e interferir nos determinantes estruturais.

Dessa maneira, uma boa situação de saúde interfere positivamente em outros aspectos da vida como o bem-estar (físico e mental), a educação, a harmonia social, a preservação dos ecossistemas, além de um aumento da produtividade e do desenvolvimento econômico proporcionando um “feedback positivo”,

no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (BUSS; FILHO, 2007).

Portanto, quando a abordagem dos determinantes sociais é levada em consideração quando se pensa e implementa políticas públicas, isso significa o valor que a saúde tem para a sociedade é compreendido e, muitas vezes, não tem relação direta com o setor saúde.

Em relação às políticas que podem ser adotadas com a finalidade de modificar os DSS e tomando o modelo de camadas de Dahlgren e Whitehead como base, Buss & Filho (2007) apresentam que:

1. Para atuar no primeiro nível de maneira eficaz, as políticas públicas devem promover mudanças de comportamento. Seja por meio de programas educativos, por facilitar o acesso a alimentos saudáveis, pela criação de espaços públicos que propiciem a prática de atividade física, seja por proibição de propagandas relacionadas ao uso de tabaco e álcool em todas as suas formas.
2. A atuação no segundo nível deve incluir políticas que procurem estabelecer o fortalecimento das organizações e participação social, principalmente de grupos vulneráveis, com o intuito de que eles se tornem atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social.
3. No terceiro nível, as políticas devem atuar buscando assegurar melhores condições de saneamento básico, habitação adequada, empregos seguros e realizadores, ambientes de trabalho saudáveis, acesso a alimentos saudáveis e nutritivos, educação e serviços de saúde e qualidade. Aqui, pode-se perceber que as responsabilidades são de setores distintos, sendo necessária a constituição de mecanismos que proporcionem uma ação integrada entre eles.
4. A atuação no quarto nível deve acontecer por meio da de uma cultura de paz e solidariedade, com vistas a promover o desenvolvimento sustentável e reduzir as desigualdades sociais, econômicas, a violência, a degradação do ambiente por meio de políticas macroeconômicas.

O modelo proposto por Diderichsen e Hallqvist, de 1998, também permite identificar formas com as quais as políticas possam atuar nos mecanismos de estratificação social e sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências (BUSS; FILHO, 2007).

Em relação às políticas que podem ser implementadas sobre os mecanismos de estratificação social, podemos citar aquelas que diminuem as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, além de outras que avaliem o seu impacto na sociedade. Políticas nesse sentido são primordiais para o combate às iniquidades de saúde e são responsabilidade de vários setores (BUSS; FILHO, 2007).

Relativo às políticas que contribuam para reduzir as diferenças de exposição aos riscos, têm-se políticas que sejam direcionadas a grupos que vivem em condições precárias de habitação, trabalho e que são expostos a deficiências nutricionais. Também são incluídas nesse ponto políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos vulneráveis para mitigar os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas. Em relação à vulnerabilidade, políticas que se relacionam a educação de mulheres e de seus filhos são importantes para o enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade (BUSS; FILHO, 2007).

No que se refere às intervenções diretamente no sistema público, têm-se políticas relativas à melhoria de qualidade dos serviços de saúde, mecanismos de financiamento equitativos que não permitam que a população empobreça adicionalmente em função de uma doença (BUSS; FILHO, 2007).

O modelo adotado pela OMS (SOLAR; IRWIN. 2010) trabalha as políticas para o combate às iniquidades de uma forma mais ampla, tendo como base a necessidade de que a economia permaneça forte, a segurança global e a estabilidade social sejam mantidas por meio da implementação de ações de saúde coordenadas (BUSS; FILHO, 2007).

Além disso, a abordagem centrada nos DSS a partir dessa visão trata também de apoiar ações que reduzam a desigualdade intergeracional, que vinha sendo ignorada nas agendas dos governos. Também se refere a apoiar causas como as mudanças climáticas, que ameaçarão o bem-estar das gerações futuras (BUSS; FILHO, 2007).

Assim, o fundamento de se trabalhar com os DSS se baseia em três categorias indiscutíveis. A primeira delas é em relação à redução das iniquidades em saúde, que se faz primordial, além de ser um dever moral. Segundo, também se torna fundamental melhorar as condições de saúde e bem-estar, estimular o desenvolvimento (sustentável) e, de cunho geral, alcançar as metas de saúde propostas pela OMS. Em terceiro, ações sobre os DSS são imperativas, para que uma série de metas prioritárias da sociedade — que dependem de uma distribuição igualitária da saúde — sejam alcançadas (CARVALHO, 2013).



O relatório da OMS, confirmado na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, reafirmou os três princípios de ação (CNDSS, 2005):

- 1. Melhorar as condições de vida cotidianas** — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- 2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos** — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais.
- 3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos** formado sobre os DSS e promover a consciência pública sobre o tema.

DETERMINANTES SOCIAIS DA OBESIDADE

A obesidade é uma epidemia mundial e está relacionada principalmente ao perfil alimentar e à falta de atividade física. Embora sua gênese seja multicausal, sua crescente prevalência tem sido associada também a fatores biopsicossociais, nos quais o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, são tanto parte do problema quanto parte da solução (BRASIL, 2014). No entanto, ainda é um desafio compreender como todos esses fatores interagem entre si.

Tendo em vista o indivíduo e a sociedade contemporânea, a obesidade e o agravamento de seus índices se devem também ao fato de que o padrão alimentar (qualidade alimentar inadequada) e o modo de viver dessa sociedade (principalmente o sedentarismo) têm determinado uma combinação que não favorece a promoção da saúde. A gênese desse modo de viver atual é constituído pela história capitalista que permeia a nossa vida em sociedade, marcada pela reestruturação produtiva que impacta diretamente o cotidiano e modo de vida da população (DIAS et al., 2017).

Não há possibilidade de não associar o crescimento alarmante dos índices de obesidade no Brasil e no mundo com os acontecimentos históricos que se relacionam com a questão alimentar vivida na época. A Revolução Industrial trouxe consigo o êxodo rural, um crescimento exponencial das cidades, do

comércio mundial, da economia de mercado e, paralelamente, outros modos de alimentação da população. Nesse sentido, entram em discussão fatores como a falta de tempo para o lazer, a importância do preparo de alimentos em casa e o tempo para a prática de atividades culturais (CARVALHO, 2013).

A vida moderna trouxe consigo a falta de tempo, principalmente tempo para o preparo das refeições. Essa falta de tempo coage as pessoas e as famílias a recorrerem a várias estratégias, como a busca por alimentos de rápido preparo, aos restaurantes, aos *fast foods*. Por outro lado, a indústria vê os cidadãos como consumidores e a produção de alimentos em grande escala e o *marketing* presente nas embalagens e nos comerciais têm um potencial milionário de enriquecimento do setor (DIAS et al., 2017; CARVALHO, 2013).

O consumo de produtos alimentícios industrializados assume um significado que vai além da comida. Esses produtos vêm carregados de apelo afetivo, de sonhos projetados, de compensações. Aí, seu consumo é inevitável e se torna substancial para satisfazer uma fome mental envolvendo, nesse processo, valores culturais, sociais, afetivos, emocionais e comportamentais. Dessa maneira, a obesidade foge da compreensão que tange apenas os maus hábitos alimentares e de descontrole alimentar. Ela é fruto de interesses sociais contraditórios e das relações de poder existentes na nossa sociedade capitalista (SCHERER, 2015).

Ampliar a concepção hoje ainda restrita da obesidade como doença e propor intervenções na esfera ambiental têm se tornado um imperativo diante da baixa resolutividade das intervenções que focam apenas no corpo e no atendimento individualizado. As estratégias devem ultrapassar o âmbito de ação do setor saúde, deve haver uma integração de vários setores no sentido de extrapolar as medidas centradas apenas no indivíduo, como o atendimento clínico e cirúrgico (DIAS et al., 2017; SCHERER, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde é o principal órgão que propõe políticas públicas para a obesidade, por meio do SUS, seguindo uma tendência mundial. Com a PNAN (1999), diretrizes foram definidas para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, sendo revisada em 2012, abordando a temática de forma mais categórica. Em 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como parte da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas (DIAS et al., 2017).



Dessa forma, a proposta brasileira de reorganização dos serviços de saúde em RAS e Linhas de Cuidado favorecem uma abordagem mais integrada e intrassetorial da obesidade. Ademais, políticas públicas relacionadas à perspectiva socioambiental e de Sistemas Alimentares que promovam a alimentação adequada e saudável, de forma mais sustentável, se tornam necessárias para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade (DIAS et al., 2017; SCHERER, 2015).

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**—prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6.

COMISSÃO DE DETERMIANTNES SOCIAIS DE SAÚDE. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde** - Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (rascunho). Maio, 2005.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; dos ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** v. 33, nº 7: e00006016, 2017.

EVANS, T. et al. **Challenging inequities in health from ethics to action**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal of Epidemiology Community Health*, n. 53, p. 263, 1999.

SCHERER, P. T. **O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS**. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, p.198. 2015.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2* (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

Então, gostou de saber tudo sobre as **Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no controle da obesidade?** Agora você já pode começar a usá-las estrategicamente no seu dia a dia.

Você se interessou pelo conteúdo, mas quer ir além?



O que você acha de baixar nossos outros livros digitais da coleção **“Enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS): estratégias para profissionais de saúde”** sobre os temas, **Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da obesidade e Novas tendências para o cuidado do indivíduo com obesidade na Atenção Básica de Saúde?** Essa é uma oportunidade valiosa para aprimorar o seu conhecimento.

Veja também a Série: Enfrentamento da obesidade no sistema único de saúde (SUS): estratégias para gestores de saúde!!!



