

1

COLEÇÃO

Enfrentamento de doenças
crônicas não transmissíveis no
Sistema Único de Saúde:

**ESTRATÉGIAS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Políticas e serviços de saúde para o cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível



RENOB-MG

Rede para Enfrentamento da Obesidade e
Doenças Crônicas em Minas Gerais

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/>
E-mail: renob@ufv.br

A coleção **Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde** pode ser acessada, na íntegra, no site do RENOB-MG (www.renobmg.ufv.br) e do Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável (www.ippds.ufv.br).

ORGANIZAÇÃO

Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Maíra Coelho Mendes

ELABORAÇÃO DE CONTEÚDO

Cíntia Pereira Donateli
Fernanda de Carvalho Vídgal
Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Luma de Oliveira Comini
Maíra Mendes Coelho

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Editora Asa Pequena

FOTO DA CAPA

Rodrigo Carvalho

REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL

Grifo Consultoria Acadêmica

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

P769 Políticas e serviços de saúde para o cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível [recurso
2022 eletrônico] / Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Maíra Coelho Mendes, organizadoras ; Cíntia
Pereira Donateli ... [et al.] elaboração de conteúdo – Viçosa, MG ; 2022.
1 livro eletrônico (55 f.). il. color. – (Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema
Único de Saúde: Estratégias para gestores de saúde ; n. 1).

Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositoriocientifico/>.
ISBN 978-65-00-44299-1

1. Doenças crônicas. 2. Política de saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Saúde pública. 5. Sistemas de recuperação da informação – Saúde pública. I. Hermsdorff, Helen Hermana Miranda, 1979-. II. Mendes, Maíra Coelho, 1995-. III. Donateli, Cíntia Pereira, 1994-. IV. Vídgal, Fernanda de Carvalho, 1983-. V. Comini, Luma de Oliveira, 1989-. VI. Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais.

CDD 22. ed. 616.044

Bibliotecária responsável: Bruna Silva CRB6/2552



Este trabalho é disponibilizado nos termos da Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). É permitido o download e o compartilhamento, desde que citada a fonte; não é permitida nenhuma alteração ou utilização para fins comerciais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pelo apoio para realização da formação de Gestores e Profissionais de saúde para o cuidado de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis no âmbito da Atenção Primária, possibilitando o aprimoramento do cuidado. Agradecemos, ainda, aos Gestores e Profissionais que participam do curso, visando a melhoria da qualidade da atenção ofertada em seus respectivos municípios.

A presente coleção foi produzida com o apoio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, mediante chamadas públicas (CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 421098/2018-0 e CNPq/MS/SAPS/DEPROS nº 442317/2020-4) e da 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, além de outras doenças crônicas como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessa condição 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 manejo dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são mais efetivos.

Nesse contexto, o projeto **Rede para enfrentamento da obesidade e doenças crônicas em Minas Gerais (RENOB-MG)** tem como objetivo propiciar a construção de uma rede organizada e qualificada para a atenção à saúde, bem como a excelência em gestão para o gerenciamento dessas condições em Minas Gerais, a partir de ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento – envolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Para tanto, nossa equipe elaborou duas coleções de livros digitais – **Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para gestores de saúde** e **Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde** – para capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da APS no cuidado da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa e outras doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

Desejo que o conteúdo apresentado nesta coleção voltada para profissionais da saúde, permita o aprimoramento de conhecimentos e habilidades que auxiliarão no manejo da obesidade e doenças crônicas, de maneira mais humanizada e resolutiva.

Boa leitura!

Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Coordenadora do RENOB-MG

APRESENTAÇÃO

Boas-vindas aos leitores do nosso livro digital sobre **Políticas e serviços de saúde para o cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível**, que faz parte da coleção *Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde*.

As políticas públicas mediam a relação entre estado e sociedade e as políticas públicas em saúde, em especial, são fundamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Portanto, é de suma importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento dessas políticas para atuar na APS. Ademais, é fundamental que os profissionais conheçam a organização do sistema de saúde, para que possam elaborar e implementar diretrizes clínicas e fluxos assistenciais, pensando no atendimento integral do indivíduo com doenças crônicas.

Nesse contexto, o presente livro digital tem como objetivo apresentar o panorama das DCNT, bem como as principais políticas públicas que auxiliam em seu controle e gestão da APS, além do funcionamento dos serviços de atenção à saúde a partir da apresentação da APS e sistemas de informação.

O RENOB-MG espera contribuir para o aprimoramento das práticas profissionais e conseqüentemente para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos indivíduos atendidos na APS.

Os autores

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	11
Referências	16
CAPÍTULO 2.....	20
POLÍTICAS PÚBLICAS E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	20
2.1. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	23
2.1.1. Atribuições dos profissionais de saúde de acordo com a PNAB	26
2.1.2. Atributos essenciais e derivados da APS	28
2.1.3. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)	31
2.2. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	32
2.3. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).....	35
Referências	42
CAPÍTULO 3.....	46
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	46
3.1. Conceitos e definições fundamentais dos Sistemas de informação em saúde para gestão e uso da informação	46
3.2 Estruturação, fluxo e utilização dos sistemas de abrangência nacional	48
3.3. Cultura informacional.....	53
Referências	55

Lista de figuras

Figura 1: Fatores de risco modificáveis e não modificáveis para as DCNT.	13
Figura 2: Mudanças no comportamento populacional que elevam o risco de DCNT.	13
Figura 3: Metas estabelecidas para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (A) e para seus fatores de risco (B) de acordo com o plano de Dant (Brasil-2021-2030).	15
Figura 4: Ações da Atenção Primária à Saúde.	23
Figura 5: Portaria de aprovação da PNAB.	24
Figura 6: Atributos da Atenção Primária.	28
Figura 7: Ações e serviços relacionados ao controle das DCNT.	32
Figura 8: Ações de alimentação e nutrição no NASF-AB.	40
Figura 9: Cinco etapas da estruturação de um sistema de informação.	48
Figura 10: Relatório do SISVAN para subsidiar ações na APS.	50
Figura 11: Estratégia e-SUS APS.	52
Figura 12: Cultura informacional na saúde.	54

Lista de quadros

Quadro 1: Políticas importantes no manejo das DCNT.	22
Quadro 2: Princípios do SUS e suas definições.	25
Quadro 3: Diretrizes do SUS e suas definições.	25
Quadro 4: Atribuições gerais dos profissionais de saúde e relação com as DCNT.	27
Quadro 5: Temas prioritários da PNPS relacionados ao manejo das DCNT e exemplos de ações a serem realizadas.	34
Quadro 6: Princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.	36
Quadro 7: Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e ações previstas.	36
Quadro 8: Outros sistemas de informação relevantes para a saúde.	53

Lista de siglas e abreviaturas

ACIC	Assessment of Chronic Illness Care
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
eSF	Equipes de Saúde da Família

ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



CAPÍTULO 1

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Luma de Oliveira Comini, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública já enfrentados pela humanidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define as DCNT como sendo as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus. Além disso, outras doenças como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas são consideradas como doenças crônicas pela OMS por conta de sua longa duração e contribuição no sofrimento das pessoas, famílias e sociedade (OMS, 2005). Ao longo desta coleção, nós abordaremos as principais DCNT, quais sejam: a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Em 2019, as DCNT foram responsáveis por 38 milhões de mortes no mundo, o que corresponde a aproximadamente 73,6% de todas as mortes (WHO, 2021). No Brasil não é diferente, sendo as DCNT responsáveis por 74% das causas de morte em 2020 (BRASIL, 2021a; WHO, 2020).

No relatório sobre a saúde no Brasil publicado em 2019, as DCNT configuraram entre as 10 principais causas de morte prematura na população – mortes ocorridas em pessoas entre 30 e 69 anos (BRASIL, 2019). Dados da última pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram que no conjunto das 26 capitais e o Distrito Federal, a frequência de excesso de peso foi de 57,5%, sendo ligeiramente maior entre homens (58,9%) do que entre mulheres (56,2%). Relativo à frequência de obesidade na população adulta, a prevalência geral foi de 21,5%, com prevalência de 22,6% entre as mulheres e 20,3% entre os homens (BRASIL, 2021b).

**SAIBA MAIS!**

Para maior detalhamento acesse o relatório completo **SAÚDE BRASIL 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Clique para acessar.



No que se refere ao diabetes mellitus, a pesquisa da VIGITEL mostrou que a frequência de diabetes foi de 8,2%, sendo também mais prevalente entre as mulheres (9,0%) do que entre os homens (7,3%) (BRASIL, 2021b). Em relação à hipertensão arterial, os resultados da VIGITEL mostraram que a prevalência geral foi de 25,2%, sendo mais prevalente entre as mulheres (26,2%) do que entre os homens (24,1%). A pesquisa também apontou Belo Horizonte como a cidade com a maior prevalência de hipertensão arterial, 30,1% (BRASIL, 2021b).

O aumento crescente nas prevalências das DCNT ocorre por uma multiplicidade de fatores de risco, que têm relação com as transições epidemiológica, nutricional e demográfica (MALTA *et al.*, 2020a). Esses fatores de risco podem ser classificados como: **não modificáveis**, aqueles relacionados à idade, a hereditariedade, o sexo e a etnia; e **modificáveis**, que têm relação com o comportamento humano como é o caso da alimentação e hábitos de vida não saudáveis, tabagismo, uso abusivo de álcool e o estresse (MALTA *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2020). Quando existe a presença de dois ou mais fatores de risco, a ocorrência de DCNT e de doenças cardiovasculares tem risco aumentado de ocorrer, contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade geral e da mortalidade por causas específicas (FRANCISCO; DE ASSUMPÇÃO; MALTA, 2019). Os principais fatores de risco para as DCNT classificados como modificáveis ou não modificáveis estão descritos na **Figura 1**.

A rápida velocidade com que esses fatores de risco têm estado presentes está associada ao envelhecimento, ao contínuo estado de vulnerabilidade social e econômica, e às mudanças de comportamento generalizadas da população, que contam, principalmente, com sete condições (WHO, 2018; OMS, 2016).

Fica claro, a partir do exposto na **Figura 2**, que a alimentação assume um papel indispensável na gênese e manutenção das DCNT. A má nutrição, em todas as suas formas – desnutrição, carências nutricionais específicas, sobrepeso e obesidade, além das DCNT que se associam à má alimentação – representa uma carga dupla para os sistemas de saúde devido às suas consequências diretas na saúde e indiretas decorrente das doenças crônicas associadas (NILSON *et al.*, 2020).

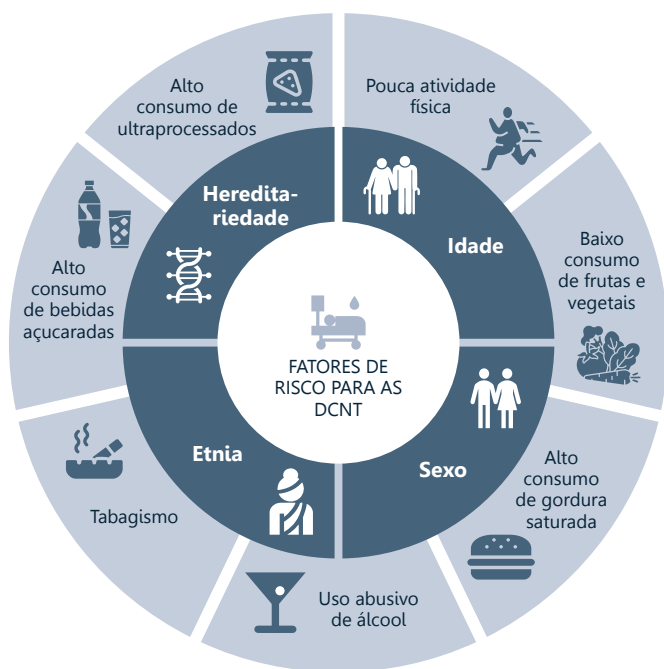


Figura 1: Fatores de risco modificáveis e não modificáveis para as DCNT.

Fonte: Elaboração própria.

- 1 Disponibilidade crescente e promoção intensiva de produtos não saudáveis
- 2 Dificuldade de acesso a alimentos saudáveis
- 3 Rápida urbanização
- 4 Alto custo de alimentos considerados saudáveis
- 5 Expansão do comércio mundial e dos mercados consumidores
- 6 Automação de grande parte das atividades
- 7 Falta de conscientização por parte da população sobre os efeitos negativos dos fatores de risco para as DCNT

Figura 2: Mudanças no comportamento populacional que elevam o risco de DCNT.

Fonte: Elaboração própria.

Sendo assim, as mudanças ocorridas no padrão alimentar e no estilo de vida da população proporcionaram um aumento significativo na prevalência de excesso de peso e obesidade, considerada como um dos principais fatores de risco para as DCNT (MALTA *et al.*, 2021). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) confirma esses achados em sua última edição, quando constata um baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e leguminosas saindo de 16,0% na POF 2008-2009 para 21,8% na POF 2017-2018, e alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal, apesar da redução ligeira no consumo de refrigerantes (IBGE, 2020). Dentro desse contexto, os determinantes sociais de saúde (DSS), como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, contribuem largamente para o aumento das DCNT e da sua morbimortalidade (SCHMIDT *et al.*, 2011). Leia mais sobre os DSS no 2º e-book dessa série.



SAIBA MAIS!

No nosso livro digital **Promoção da saúde e redução de riscos das doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde** é possível entender melhor sobre o tema. Clique para acessar.



Para além de suas consequências biológicas, as DCNT produzem consequências socioeconômicas importantes e impactam negativamente no desenvolvimento social e econômico dos países (ABEGUNDE *et al.*, 2007). Nilson *et al.* (2020) constataram que os custos diretos atribuíveis às DCNT somaram, em 2018, R\$ 3,45 bilhões de reais – considerando gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com hospitalizações, medicamentos e procedimentos ambulatoriais que, por sua vez, sobrecarregam o sistema de saúde e oneram a economia com possíveis perdas de produtividade decorrentes de mortalidades e aposentadorias precoces, absenteísmo e presenteísmo.

Vale ressaltar que as populações que mais sofrem com as DCNT são as de baixa renda. Isso porque elas estão mais expostas aos fatores de risco, têm menos acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e de prevenção das doenças (MALTA *et al.*, 2020b; MALTA *et al.*, 2017; ABEGUNDE *et al.*, 2007). Com isso, as pessoas em condições de maior vulnerabilidade social têm prejuízos decorrentes de diferenças socioeconômicas, ampliando suas incapacidades e a iniquidade em saúde (MALTA *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2017).

Apenas a prevenção primária é capaz de limitar o número futuro de pessoas com DCNT. As políticas de prevenção primária para DCNT devem ser multisetoriais, indo além do setor de saúde e requerendo ações governamentais, como controle do tabaco e do álcool, segurança ambiental e promoção da produção de alimentos saudáveis (HIRSCHMANN *et al.*, 2020; OMS, 2016). Além disso, as intervenções que abordam múltiplos fatores de risco podem ter um impacto maior do que aquelas focadas em comportamentos isolados (KVAAVIK *et al.*, 2010; GOLDSTEIN; WHITLOCK; DEPUE, 2004).

No Brasil, tendo em vista a necessidade de elaborar um novo documento que reafirme e amplie as propostas para o enfrentamento das DCNT e que incorpore a nova pactuação mundial para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, foi reformulado e foram estabelecidas cinco metas para o enfrentamento das DCNT, bem como 10 metas para os fatores de risco para essas enfermidades, a serem cumpridos no Brasil até 2030, como pode ser observado na **Figura 3, A e B** (BRASIL, 2021c).

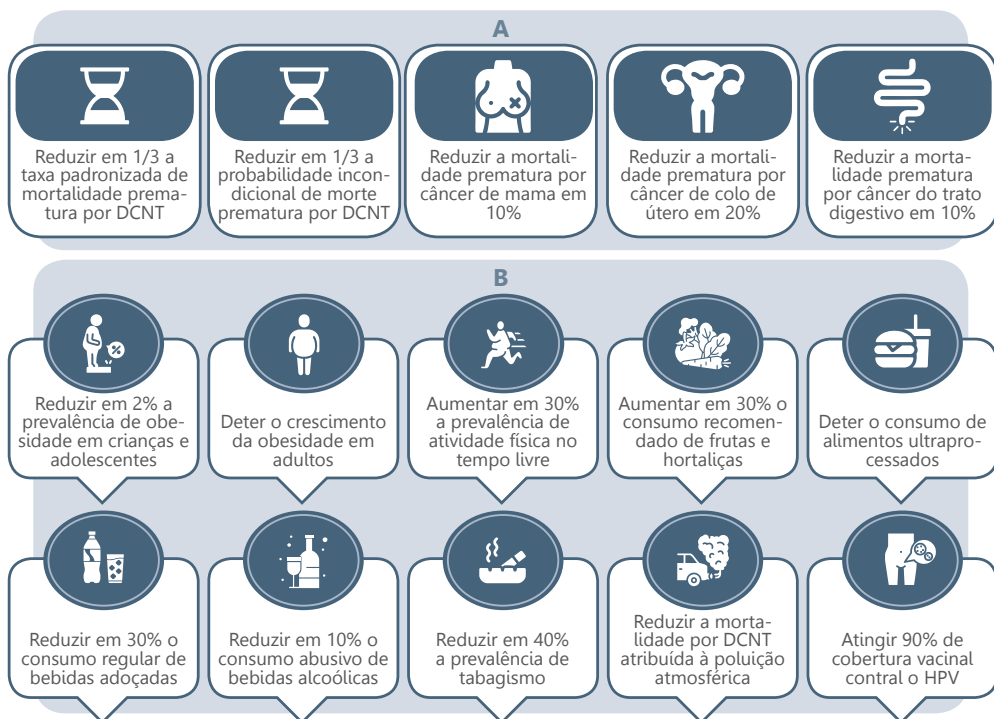


Figura 3: Metas estabelecidas para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (A) e para seus fatores de risco (B) de acordo com o plano de Dant (Brasil-2021-2030).

Fonte: Elaboração própria.

O plano apresenta, ainda, uma série de recomendações para o seu uso com o objetivo de potencializá-lo tanto na vigilância em saúde quanto nos outros serviços e setores de saúde, como nas áreas de educação, de esporte e lazer, do meio ambiente, da proteção social, entre outras. Sendo assim, ele se apresenta como uma diretriz para a prevenção dos fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e para a promoção da saúde da população, tendo como premissas a criação e o fortalecimento de programas e políticas intersetoriais, a organização em rede dos serviços, o estabelecimento da governança nos processos, a tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, nos serviços de saúde e na pesquisa, tudo isso em prol da redução das desigualdades em saúde (BRASIL, 2021).



SAIBA MAIS!

Acesse aqui o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil-2021-2030!**



Referências

- ABEGUNDE, Dele O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929-1938, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. ISBN 978-85-334-2701-3
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde, 2020. 122p.
- BRASIL. **Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: boletim epidemiológico, v. 52, n. 23, jun. 2021a. Brasília. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_23.pdf/view Acesso em: 09 nov. 2021

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. 115p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view#:~:text=POR%20INQU%C3%89RITO%20TELEF%C3%94NICO-,VIGITEL%20BRASIL%202020%20%2D%20VIGIL%C3%82NCIA%20DE%20FATORES%20DE%20RISCO%20E%20PROTE%C3%87%C3%83O,no%20Distrito%20Federal%20em%202020>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 09 nov. 2021.
- CARDOSO, Laís Santos de Magalhães *et al.* Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210005.supl.1>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; ASSUMPÇÃO, Daniela de; MALTA, Deborah Carvalho. Co-occurrence of smoking and unhealthy diet in the Brazilian adult population. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 699-709, 2019..
- GOLDSTEIN, Michael G. *et al.* Multiple behavioral risk factor interventions in primary care: summary of research evidence. **American journal of preventive medicine**, v. 27, n. 2, p. 61-79, 2004.
- HIRSCHMANN, Roberta. *et al.* Simultaneity of risk factors for chronic non-communicable diseases in a rural population of a Southern Brazilian city. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. E200066, p. 1-15, 2020.

- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 4s, 2017.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4757-4769, 2020a.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population health metrics**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2020b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>. Acesso em: 15 out. 2021.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- NILSON, Eduardo Augusto Fernandes *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>. Acesso em: 15 out. 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preventing Chronic Diseases, a vital investments**. Geneva: WHO, 2005. 182 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=dF00DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+da+Sa%C3%BAde.+Preventing+Chronic+Diseases,+a+vital+investments.+Geneva,+2005.+182+p.&ots=8XWaOxvkMD&sig=y-aoaqgJB-CdRJs4jXEIBcC6Bdg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 out. 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Documento de Referência Técnica REGULA**. [S.l: s.n.], 2016.
- SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Acesso em: 09 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles**

2018. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>. Acesso em: 09 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor**

2020. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330805/9789240000490-eng.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Statistics 2021**. Geneva: WHO, 2021 [Internet].

Disponível em: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>. Acesso em: 09 nov. 2021.



CAPÍTULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Maíra Mendes Coelho, Luma de Oliveira Comini,
Fernanda de Carvalho Vidigal, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

Para promover o bem-estar da população, o Estado utiliza de políticas públicas que visam a solucionar os problemas da sociedade a partir da melhoria da saúde, da educação, da economia e do meio ambiente. Entende-se por política pública, todas as ações e decisões do governo que traduzem as intenções de atuação do Estado e orientam o planejamento dos programas, projetos e atividades relacionados ao interesse público, no que tange a um determinado tema (LOPES; AMARAL, 2008; ALVES *et al.*, 1999). Podemos afirmar, portanto, que as políticas públicas afetam a todos os indivíduos, independente de escolaridade, sexo, religião, raça ou nível de renda (MOLON; BITTENCOURT, 2020).

O formulador da política pública deve identificar, compreender e selecionar as principais demandas e expectativas da população, visando garantir a execução de serviços de saúde, da educação, do meio ambiente, da habitação, da assistência social, do lazer, dentre outros presentes no dia a dia da sociedade (RODRIGUES; MARIANO, 2021).

Busca-se, portanto, permitir o acesso da população em geral à discussão, à implementação e à avaliação das políticas, em um processo de construção coletiva, viabilizando, dessa forma, a participação efetiva de órgãos públicos, da iniciativa privada, de entidades representativas, dos profissionais e da sociedade civil (LOPES; AMARAL, 2008; ALVES *et al.*, 1999).

Nessa perspectiva, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde foram instituídos como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional do SUS; e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual. Ademais, conforme apontado por Lucchese *et al.* (2004), os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores

das ações e serviços nos estados e municípios foram fortalecidos – o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

As políticas públicas em saúde, em especial, consistem na organização das funções públicas governamentais para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Considerando um enfoque abrangente de saúde, em uma perspectiva de desenvolvimento social, as medidas de redução de risco de doenças e promoção da saúde tendem a ultrapassar o indivíduo e as famílias, alcançando os ambientes físico, sócio-cultural e político (LUCCHESE *et al.*, 2004).

O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, suas diretrizes e pela definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (ALVES *et al.*, 1999). No Brasil, as políticas públicas de saúde se orientam, desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada nesse ano, que estabelece os princípios, as diretrizes e as competências gerais do SUS, em uma perspectiva nacional. Devem estar em conformidade, ainda, com o que dispõe a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/90), que tratam sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A complexidade e multidisciplinaridade dos problemas de saúde atuais, somados à concepção ampliada de saúde adotada na Constituição, vêm exigindo dos formuladores de políticas a interlocução com outros setores na busca da construção de ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. As exigências em torno da saúde passam a ser compatibilizadas às exigências de trabalho, renda, educação, lazer e cultura da população (LUCCHESE *et al.*, 2004).

Nesse sentido, como resposta ao cenário atual das DCNT, o Ministério da Saúde tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas condições, com destaque para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que englobam importantes iniciativas, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, a Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil (EAAB), o Programa Crescer Saudável, o Programa Academia da Saúde, a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) e outros.

Ademais, é fundamental ressaltar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle dessas condições crônicas, uma vez que trabalha com território definido, população adstrita, realizando ações de promoção, de vigilância em saúde, de prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários.

Portanto, outra política que merece destaque e conhecimento por parte dos profissionais é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Quadro 1: Políticas importantes no manejo das DCNT

Política de Saúde	Importância no manejo das DCNT
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Essa política tem o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais da APS, zelando pelos princípios do SUS e visando à expansão nacional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando a importância da compreensão da organização do sistema de saúde para a elaboração e implementação de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, com vistas a garantir o cuidado integral e a longitudinalidade do cuidado dos indivíduos com DCNT, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento dessa política.
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	O objetivo central é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os 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. Considerando a importância dos hábitos de vida e a influência do ambiente nas escolhas alimentares e, conseqüentemente, o impacto na condição de saúde, essa política se faz fundamental no manejo das doenças crônicas. Pensando em facilitar o processo de implementação no território, o Ministério da Saúde lançou o documento Recomendações para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) .
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	No Brasil, a alimentação, assim como a saúde, é um direito constitucional. O propósito da PNAN é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, a partir da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção e do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição. Considerando a relevância dos hábitos alimentares para o desenvolvimento de DCNT, é possível compreender a importância dessa política no manejo dessas condições. O Ministério da Saúde lançou, em 2022, a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde, para dar maior visibilidade à importância do processo contínuo e ininterrupto do cuidado nutricional ao longo da vida. Nesse material, os profissionais encontram um conjunto de elementos fundamentais e mobilizadores para organizar e garantir uma melhor oferta de cuidados em Alimentação e Nutrição, enquanto parte da atenção integral à saúde para a população do seu território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018; Brasil, 2013 e Brasil, 2012.



SAIBA MAIS!

Para maior detalhamento acesse o documento completo **Recomendações para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível aqui.



2.1. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A APS é definida pela PNAB como um conjunto de ações em saúde, de âmbito individual ou coletivo, que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (**Figura 4**). A APS atende às diversas necessidades e dimensões do indivíduo, considerando-as em sua totalidade e inserção cultural, por meio de um cuidado multiprofissional com gestão qualificada. As ações realizadas são dirigidas à população em território definido, sobre a qual as equipes devem assumir responsabilidade sanitária.



Figura 4: Ações da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.



FIQUE LIGADO!

Para a PNAB, a **Atenção Básica** e a **Atenção Primária à Saúde** são consideradas termos equivalentes. Portanto, isso deve ser considerado durante a leitura deste livro digital.

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, considerada a principal porta de entrada do SUS. Um sistema de saúde baseado na APS está associado a uma melhor qualidade da atenção e menores custos. Isso porque ao proporcionar – para além de diagnóstico e tratamento – ações preventivas e de promoção da saúde, a APS possibilita um maior acesso aos serviços e a redução da utilização dos outros níveis de atenção de forma desnecessária (MENDES, 2015).



FIQUE LIGADO!

Apesar de a APS ser considerada a principal e preferencial porta de entrada do SUS, não quer dizer que ela seja a única. O indivíduo com DCNT pode ser captado na rede por outros serviços. Por exemplo, caso um indivíduo sofra um infarto devido a hipertensão arterial, ele entrará na rede por meio de outro nível de atenção. Ao dizer que a APS é a porta de entrada preferencial, considera-se que grande parte da demanda dos usuários (cerca de 80%) pode ser resolvida a partir dela, mas não todas as demandas.

A regulação da APS era realizada por intermédio de portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) até 2006, ano em que o governo federal publicou a primeira PNAB para regulamentar a implementação e operacionalização da APS. A partir de então, a PNAB estabelece diretrizes e normas para a organização da APS em todo o território brasileiro, no âmbito do SUS, trazendo recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para as atribuições dos profissionais, para a composição das equipes, para o financiamento do sistema, dentre outros (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; BRASIL, 2007).

A PNAB passou por duas revisões: uma em 2011, instituída pela portaria 2.488, de 21/10/2011; outra, em 2017, pela portaria 2.436, de 21/09/2017. A versão mais atual mantém a essência do documento anterior, ao mesmo tempo que incorpora inovações. A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, mesmo que reconheça outras estratégias de caráter transitório, já que estimulam a sua conversão em ESF.

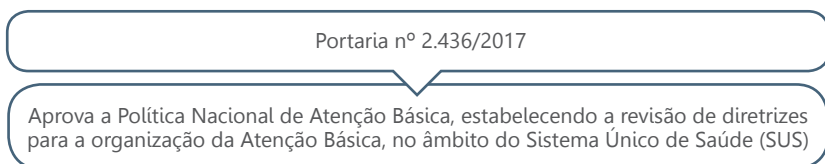


Figura 5: Portaria de aprovação da PNAB.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

A PNAB traz, ainda, os princípios (**Quadro 2**) e as diretrizes (**Quadro 3**) do SUS que devem ser operacionalizados na APS, sendo que o primeiro é referente aos valores; e o segundo, às normas e estratégias.

Quadro 2: Princípios do SUS e suas definições

Princípios	Definição
Universalidade	Determina que todos os cidadãos brasileiros, sem distinção por sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, têm direito ao acesso universal e contínuo às ações e serviços de saúde, que devem ser resolutivos.
Equidade	Implica em oferecer um cuidado que reconhece que, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços de saúde, elas apresentam necessidades distintas, portanto é necessário tratar desigualmente os desiguais. O objetivo desse princípio é minimizar desigualdades.
Integralidade	É alcançada quando as necessidades de saúde da população adscrita são atendidas em todos os âmbitos e o usuário é entendido como um todo, inserido em seu contexto social. É necessária a articulação de diferentes áreas envolvidas na saúde para garantir a resolutividade do caso do usuário que está sendo acompanhado.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018; Brasil, 2013 e Brasil, 2012.

Quadro 3: Diretrizes do SUS e suas definições

Diretriz	Explicação
Regionalização e Hierarquização	Organização do território em Regiões de Saúde, ou seja, recortes espaciais realizados de forma estratégica para que os serviços possam atender as necessidades específicas daquele território. A hierarquização está relacionada com o modelo de organização da Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com níveis de complexidade.
Territorialização	Envolve não apenas espaço geográfico, mas todos os determinantes de saúde envolvidos com aquele espaço, onde são realizadas ações estratégicas destinadas a vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.
População adscrita	População presente no território da unidade de saúde, proporcionando o estabelecimento de vínculo com a equipe.
Cuidado centrado na pessoa	Cuidado construído de forma conjunta pelo profissional e paciente, de acordo com suas necessidades, de forma singular.
Resolutividade	A APS deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, que considera os determinantes sociais.
Longitudinalidade do cuidado	Acompanhamento do usuário ao longo do tempo, envolvendo a criação de vínculo com os profissionais da APS.
Coordenação do cuidado	Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS.
Ordenação da rede	Reconhecimento e organização das necessidades de saúde da população, sob a responsabilidade da equipe, para realizar o planejamento de ações e serviços da RAS.
Participação da comunidade	Estímulo da participação dos indivíduos, a partir da orientação comunitária das ações de saúde na APS, com o objetivo de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado das pessoas e coletividades do território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018; Brasil, 2013 e Brasil, 2012.

2.1.1. Atribuições dos profissionais de saúde de acordo com a PNAB

Cada categoria profissional apresenta a sua atribuição na APS de acordo com as disposições legais que regulamentam o exercício de cada profissão, apesar de algumas atribuições serem comuns a todos os membros das equipes que atuam na APS, de acordo com os princípios e diretrizes apresentados anteriormente.

Por exemplo, para que a APS possa realizar a sua função de ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, para que as ações sejam realizadas a partir das necessidades das pessoas. Devido a isso, entre as atribuições comuns aos profissionais está a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, a partir da busca ativa, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Em relação ao cuidado integral, é papel de todos os profissionais ofertá-lo à população adscrita, prioritariamente no âmbito da UBS, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea. E, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), ofertando atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas. O atendimento ofertado deve ser humanizado, com realização da classificação de risco, para que os encaminhamentos sejam resolutivos.

A população adscrita deve, ainda, ser acompanhada ao longo do tempo, portanto, o profissional deve se responsabilizar por esses indivíduos, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitam de atenção em outros pontos do sistema de saúde. Entretanto, para que o indivíduo também tenha autonomia quanto a sua saúde, é fundamental a realização de ações educativas quanto ao processo saúde-doença e o incentivo à participação da comunidade.

Além dessas, estão descritas outras atribuições comuns, como contribuir para o processo de regulação e acesso a partir da APS, prever os fluxos da RAS, instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos, realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, realizar atenção domiciliar, entre outros.

Todas as atribuições comuns impactam direta ou indiretamente no cuidado aos indivíduos com DCNT, entretanto, o **Quadro 4** destaca aquelas de maior importância para o funcionamento da linha de cuidado para essas condições, que será abordada no capítulo 3.

Quadro 4: Atribuições gerais dos profissionais de saúde e relação com as DCNT

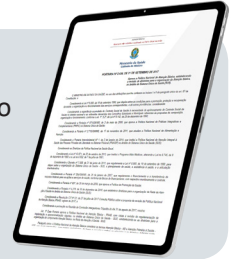
Atribuição	Relação com DCNT
Participar do processo de territorialização e mapeamento da situação de saúde dos indivíduos do território	Deve ser realizada por meio da busca ativa, bem como por atendimento à demanda espontânea. Conhecer a prevalência das DCNT no território é fundamental para subsidiar o planejamento de futuras ações. Utilizar o Sistema de Informação para registro é de suma importância para acompanhamento dos dados.
Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, de acordo com suas necessidades	O cuidado deve ser realizado de forma individual e coletiva. Para atender a demanda das DCNT, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), consulta compartilhada, trabalho com grupos, entre outros, são opções estratégicas, uma vez que buscam a integração de diferentes áreas técnicas e formações. O cuidado multiprofissional é fundamental, considerando a complexidade dessas condições. Os profissionais devem, ainda, identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. O cuidado integral envolve ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde.
Participar do acolhimento aos usuários, proporcionando atendimento humanizado	O atendimento humanizado é fundamental, visto que os indivíduos com DCNT já estão expostos ao estigma que envolve a sua condição de saúde. A classificação de risco de acordo com protocolos clínicos e a identificação das necessidades de cada usuário de acordo com sua realidade e inserção sociocultural, são atividades fundamentais nesse processo.
Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo	Diferente de condições agudas, que muitas vezes exigem uma intervenção pontual e linear, as DCNT demandam o acompanhamento ao longo do tempo. Para tal, os profissionais devem criar vínculo com os indivíduos, permitindo, assim, a longitudinalidade do cuidado, mesmo que os indivíduos sejam encaminhados para outros pontos da rede. O cadastramento dos indivíduos e famílias no Sistema de Informação, bem como a atualização constante dos dados, é importante para manter esse vínculo.
Contribuir para definição e ordenação de fluxos assistenciais	A definição de fluxos auxilia na redução de encaminhamentos desnecessários. Portanto, a elaboração e a implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos, são ações importantes.
Participar de reuniões de equipes e atividades de educação permanente e continuada	Considerando a complexidade das DCNT, os profissionais devem estar em constante atualização para buscar a readequação dos processos de trabalho para atender a essa demanda. As reuniões de equipes devem ser um espaço para planejamento e avaliação sistemática das ações, em conjunto, a partir da utilização dos dados disponíveis.
Realizar ações de educação em saúde à população adscrita e promover a mobilização e a participação da comunidade	O autocuidado é fundamental nas DCNT e, para tal, é necessário que os indivíduos tenham informação e autonomia em relação à sua saúde. A educação em saúde pode se dar a partir do estímulo a conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018; Brasil, 2013 e Brasil, 2012.



SAIBA MAIS!

Para conferir todas as atribuições profissionais, bem como as responsabilidades do governo, da União, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, acesse a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, na íntegra! Disponível aqui.



2.1.2. Atributos essenciais e derivados da APS

Para que a APS siga suas premissas e cumpra com o seu papel de ordenar a RAS e ofertar serviço de qualidade para a população, é necessário seguir alguns atributos (**Figura 6**) que orientam a organização do sistema no panorama mundial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

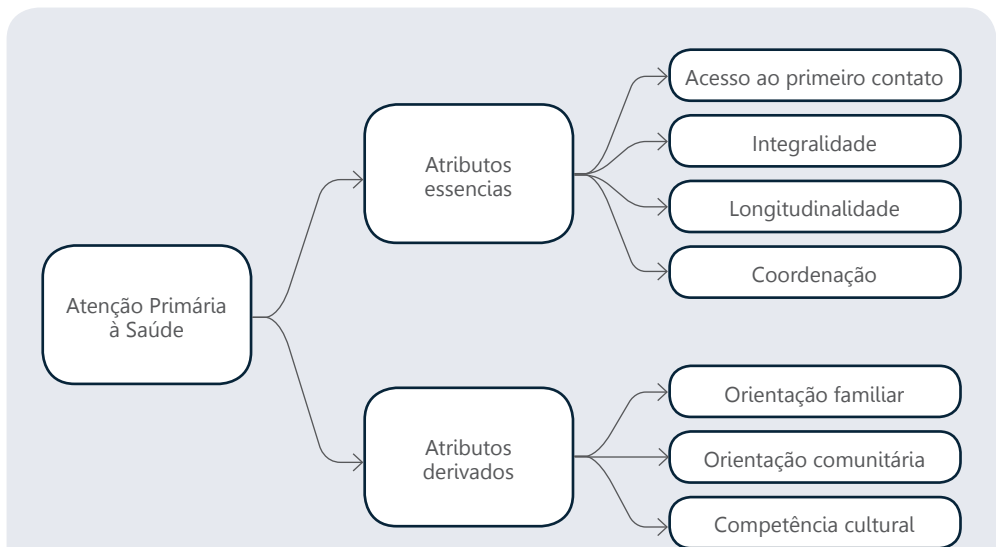


Figura 6: Atributos da Atenção Primária.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema para os quais se procura a saúde. Nesse caso, aquele serviço é o primeiro a ser procurado em caso de alguma necessidade de saúde.

Longitudinalidade: a existência de uma fonte continuada de atenção, gerando vínculo com o usuário que a utiliza ao longo do tempo. Ou seja, a existência do aporte regular de

cuidados pela equipe de saúde e sua utilização pelo usuário ao longo do tempo, gerando relação mútua de confiança entre a equipe de saúde e os indivíduos.

Integralidade: abrange o conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação que as equipes de saúde devem oferecer para que todas as necessidades da população adscrita sejam atendidas. Ou seja, os serviços prestados para que os indivíduos recebam atenção integral.

Coordenação da atenção: oferta de ações e serviços de saúde ao usuário, de forma articulada, para atender às suas necessidades nos diferentes pontos da RAS. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe a partir da coordenação entre os serviços.

Orientação familiar: o contexto familiar deve ser considerado na avaliação individual por meio do uso de ferramentas de abordagem familiar, uma vez que fatores familiares podem estar relacionados à origem e ao cuidado das condições de saúde.

Orientação comunitária: o reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, por parte dos serviços de saúde, utilizando dados epidemiológicos e o contato direto com a comunidade. Envolve também o planejamento de ações de acordo com esse conhecimento.

Competência cultural: adaptação dos profissionais e equipes de saúde em relação às características culturais da população adscrita, visando a facilitar a relação e a comunicação.

Um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária na sua comunidade adscrita e de atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando o poder de interação com os indivíduos; enquanto a prática dos atributos derivados, aumenta o poder de interação com a comunidade (BRASIL, 2010).

Na prática, portanto, é necessário inserir a APS nos processos de avaliação em saúde para saber se, de fato, os atributos estão sendo cumpridos, visto que eles representam importantes indicadores de qualidade da APS. A partir da avaliação dos atributos é possível identificar as fragilidades, o que colabora para a reflexão acerca das práticas em saúde, a fim de nortear a elaboração e a reorientação de políticas e programas na APS. Portanto, essa avaliação tem como objetivo o fortalecimento dos serviços e deve ser feita tanto por parte dos profissionais e gestores de saúde, quanto por parte dos usuários (MACHADO et al., 2021; GONTIJO et al., 2017).

O instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), originário dos Estados Unidos e validado em outros países, incluindo o Brasil, tem sido globalmente utilizado para realizar a avaliação desses atributos. Quando a avaliação é considerada

satisfatória, podemos perceber uma APS sólida, com ações desenvolvidas de forma resolutive (GONTIJO *et al.*, 2017).

Outra forma de avaliação da APS é por meio do instrumento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos indivíduos do território, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. Para tal, é proposto um conjunto de estratégias – de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde – que permite maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2015).

Tratando-se da avaliação da atenção especificamente para as DCNT, o Questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (*Assessment of Chronic Illness Care* - ACIC) tem sido proposto para ser utilizado pelas equipes de saúde com os objetivos de:

1. identificar áreas para a melhoria da atenção em doenças crônicas antes da implementação de ações/projetos de melhoria de qualidade;
2. avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas.

O ACIC aborda os elementos básicos para melhorar o manejo das DCNT na comunidade, no sistema de saúde (instituições e unidades), na prática clínica e no nível do paciente. Então, o que fazer em cada área?

COMUNIDADE: É fundamental a formação de parcerias intersetoriais, com programas estatais, escolas, igrejas, clubes e outras instituições, visando aprimorar a cobertura dos serviços de atenção à saúde.

SISTEMA DE SAÚDE: Para atender de forma adequada os indivíduos com DCNT, faz-se necessário realizar adaptações no sistema de saúde, originalmente criado com foco para o atendimento pontual ou de urgência, típico de condições agudas. Para tal, é necessário buscar o aprimoramento dos processos de trabalho, a definição de fluxos, a oferta de informações atualizadas aos profissionais, entre outros.

PRÁTICA CLÍNICA: A prática clínica deve ser baseada em protocolos, validados por evidência científica, de fácil aplicação por parte dos profissionais na rotina de trabalho. As informações devem ser registradas em um sistema de informação que subsidiará as avaliações do território.

PACIENTE: Ao colocar o paciente como foco, devemos pensar no autocuidado, que visa a empoderar e promover a responsabilidade do indivíduo por sua saúde. Com o autocuidado, os indivíduos com DCNT e suas famílias, têm o papel central no manejo da sua condição.

2.1.3. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)

A PNAB também estabeleceu em suas diretrizes a necessidade de definir um escopo dos serviços a serem ofertados, com o objetivo de garantir a coordenação do cuidado e a ampliação do acesso. Nesse sentido, a CaSAPS é um documento que responde a essa orientação (BRASIL, 2017).

A CaSAPS foi lançada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, em 2019, com a finalidade de apresentar o amplo escopo de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados no âmbito da APS, tendo em vista que os indivíduos recebam atenção integral. Esse material serve de subsídio para que os profissionais possam tomar decisões e, ao mesmo tempo, informa os indivíduos dos serviços disponíveis na APS (BRASIL, 2020).

De acordo com as necessidades de cada município, o gestor poderá acrescentar, retirar ou reformular os itens apresentados na CaSAPS. Ademais, as regulamentações dos conselhos profissionais devem ser respeitadas na realização de procedimentos e ações. Os profissionais devem possuir habilidades individuais para realizar tais ações e devem, ainda, receber capacitações para o desempenho.

As ações e serviços são apresentadas em tópicos no documento, sendo divididas nas sessões: “Vigilância em Saúde e Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal”.

Considerando as DCNT, diversas ações e serviços apresentados estão direta ou indiretamente relacionados com o seu controle, destacando-se a análise epidemiológica da situação local, o aconselhamento para introdução da alimentação complementar aos seis meses de vida, o estímulo à adoção de hábitos saudáveis, a promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, a assistência da mulher no pré-natal, puerpério e climatério, o rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos, entre diversos outros.



SAIBA MAIS!

É fundamental que os profissionais conheçam a **CaSAPS** e os serviços ofertados em seu município e em sua unidade, para garantir o encaminhamento profissional adequado. Você conhece os serviços ofertados em sua unidade? Clique aqui para saber mais.



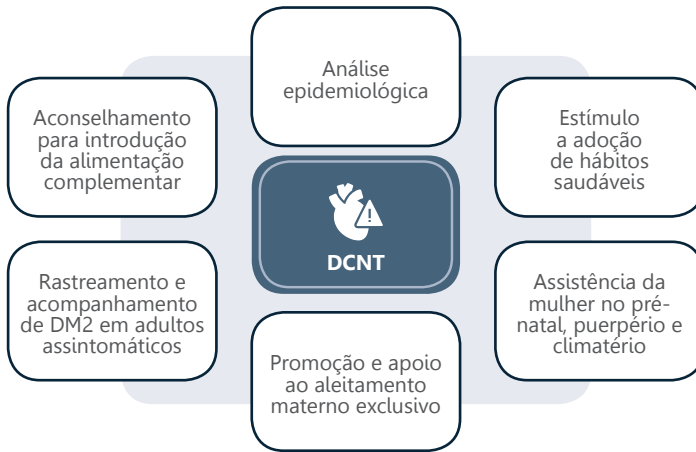


Figura 7: Ações e serviços relacionados ao controle das DCNT.

Fonte: Elaboração própria.

2.2. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

O processo saúde-adoecimento é decorrente de múltiplos e complexos aspectos, sendo resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. Entretanto, tradicionalmente, os hábitos de vida muitas vezes têm sido abordados em uma perspectiva individualizante, na qual os sujeitos são considerados os responsáveis únicos pelo processo saúde-adoecimento ao longo da vida (BRASIL, 2018; BRASIL, 2010).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem o seu escopo, voltando o olhar para além do indivíduo. As intervenções devem visar também o ambiente e seus determinantes, atuar sobre as condições de vida e favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. Sendo assim, o setor de Saúde tem o desafio de buscar a intersetorialidade, visando a articulação dos setores na busca pela corresponsabilização à garantia da saúde como direito humano (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores. O Ministério da Saúde propõe, portanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde em um esforço para o enfrentamento

dos desafios de produção da saúde, considerando um cenário sócio-histórico cada vez mais complexo. Um primeiro documento foi apresentado em 2002, sua institucionalização aprovada em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687/2006 e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2018; DIAS *et al.*, 2018).

A PNPS revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la – PNAB, PNAN, Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e outras – em virtude da impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde.

O objetivo da PNPS é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Em outras palavras, é o conjunto de ações e estratégias para garantir que os indivíduos tenham acesso à saúde.



SAIBA MAIS!

Além do objetivo geral, a **PNPS** apresenta 13 objetivos específicos, que podem ser acessados aqui.



A PNPS apresenta, ainda, oito temas prioritários para atuação. O **Quadro 5** traz os temas que estão relacionados às DCNT de forma mais direta e exemplos de ações que podem ser realizadas para alcançar cada um deles. Apesar de destacar esses temas, devemos saber que ao considerar a promoção da saúde em seu conceito ampliado, todos os temas impactam, de certa forma, no manejo dessas condições.

Quadro 5: Temas prioritários da PNPS relacionados ao manejo das DCNT e exemplos de ações a serem realizadas

Tema	Ações
<p>Formação e educação permanente Mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares; • propor indicadores para avaliar a implementação da PNPS no município; • disseminar os resultados das avaliações para gestores, técnicos e profissionais da APS.
<p>Alimentação adequada e saudável Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formular, implementar e avaliar políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável; • articular intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, visando fortalecer a agricultura familiar; • articular e mobilizar os setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável em escolas, creches, locais de trabalho e outros; • regular a publicidade de alimentos; • disseminar a alimentação saudável baseado no Guia Alimentar; • produzir e distribuir o material sobre a alimentação; • Estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem nutricional dos alimentos.
<p>Práticas corporais e atividades físicas Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na APS; • incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, entre outros); • resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos; • desenvolver e divulgar estudos que comprovem a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no manejo das DCNT.
<p>Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados Promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”; • mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos para todos que convivem com ela; • articular com o MEC/secretarias estaduais e municipais de educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar.
<p>Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas Promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool; • promover campanhas municipais em articulação com as agências de trânsito no alerta quanto às consequências de dirigir sob efeito do álcool; • apoiar a restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018; Brasil, 2010.

2.3. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, publicada no ano de 1999, foi fruto da luta e contribuições de sujeitos de instituições governamentais e não governamentais com atuação no campo da alimentação e nutrição, representando um importante avanço para a área da saúde ao garantir, dentro do governo, um espaço para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no que se refere à legitimação das ações nessa área e na concretização do direito humano à alimentação, promovendo a construção de um elo entre o SISAN e o SUS.

No ano de 2011, a PNAN passou por uma atualização movida por diversos fatores, como as novas necessidades de saúde que a população brasileira estava passando por conta de mudanças no quadro epidemiológico e socioeconômico; as inovações nos mecanismos de gestão e responsabilidades do setor saúde para a promoção da SAN; e a organização da atenção à saúde que foram adotadas pelo SUS. Essa nova versão foi planejada para alcançar a SAN, de forma a destacar a promoção da alimentação saudável e estimular ações intersetoriais na melhoria da qualidade dos alimentos consumidos no país. Além disso, 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.

Propósito da PNAN

O propósito da PNAN considera 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, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (BRASIL, 2013, p. 21).

Princípios da PNAN

Os direitos à saúde e à alimentação somados aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, são pressupostos que orientam a PNAN. Além deles, a PNAN também tem por princípios (**Quadro 6**).

Quadro 6: Princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição

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, de governar e de 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 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: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013.

Assim, a PNAN traz nove diretrizes norteadoras que indicam as linhas de ações para o cumprimento do seu propósito (**Quadro 7**).

Quadro 7: Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e ações previstas

Diretrizes	Ações previstas
Organização da Atenção Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar ambientes promotores de alimentação saudável, como nas escolas, espaços comunitários e de lazer, além de 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, aliadas a hábitos saudáveis de alimentação.

continua...

continuação...

Diretrizes	Ações previstas
Vigilância Alimentar e Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013.

Essas diretrizes contribuem no sentido de fomentar ações que sejam capazes de modificar os DSS e proporcionar melhores condições de saúde da população, e também auxiliam o setor saúde na resolução das doenças e agravos e subsidiam intervenções que ofereçam condições necessárias ao tratamento e reabilitação, principalmente, na prevenção de novos casos.

No âmbito das DCNT, algumas ações estratégicas podem ser realizadas com a finalidade de pôr em prática as diretrizes da PNAN (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015):

- fazer o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita no território, com a identificação de áreas e segmentos com maiores riscos nutricionais, por exemplo, maiores prevalências de obesidade e de DCNT;
- identificar os grupos em situação de insegurança alimentar e nutricional (lembrando que a insegurança está relacionada a todas as formas de má nutrição), com base no SISVAN e em inquéritos e/ou outras fontes que podem ser aplicados localmente;
- definir ações de promoção da alimentação saudável respeitando a diversidade étnica, cultural e racial da população do território;
- promover, por meio de parcerias interinstitucionais e comunitárias, o acesso à informação e a inclusão dos indivíduos e famílias em situações de risco nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis;
- conhecer, juntamente com a Equipe de Saúde, as características das famílias e dos domicílios que possam ter relação com futuras dificuldades que culminem no surgimento da obesidade e/ou outras DCNT e na piora do estado nutricional;
- participar ativamente, em conjunto com os demais membros da Equipe de Saúde, do desenvolvimento e implementação de ações de alimentação e nutrição e ações de saúde no território e da avaliação dos seus impactos na população adscrita;
- desenvolver ações para a promoção de práticas alimentares saudáveis, estabelecendo parcerias e estratégias com os demais setores e atuando nos diversos espaços sociais da comunidade;
- socializar os conhecimentos acerca da alimentação e de práticas alimentares saudáveis, incorporando e dialogando com os diversos saberes, culturas e práticas tradicionais;
- elaborar, juntamente com a Equipe de Saúde, as rotinas de atendimento e de atenção nutricional, organizando a referência e a contrarreferência;
- atuar na educação continuada das Equipes de Saúde com temas relacionados às DCNT e às práticas alimentares saudáveis;
- participar da elaboração de planos terapêuticos em conjunto com a equipe multiprofissional, por meio de discussões que permitam o desenvolvimento da responsabilidade compartilhada.

De acordo com o que foi discutido nos capítulos anteriores, a APS é considerada estratégia central para o fortalecimento do SUS e é a ordenadora do cuidado, responsável pela comunicação entre os pontos da RAS. Dessa forma, é importante trabalhar de maneira intersetorial as políticas públicas direcionadas à promoção da SAN, ao manejo das DCNT e do sobrepeso/obesidade para produzir melhores resultados de saúde, não onerar o sistema e garantir os direitos da população. Os diferentes setores precisam estar articulados em todo o ciclo de planejamento, desde a definição de objetivos que sejam comuns, as estratégias de ação com definição de metas e recursos, assim como formas de monitorar as ações e avaliá-las. Assim, também se faz necessária a qualificação permanente e adequada dos profissionais de saúde que atuam na APS, para que as ações de promoção e cuidado do indivíduo, família e comunidade, assim como o diálogo e a articulação entre a Equipe de Saúde, sejam realizados privilegiando a família como centro do cuidado.

A PNAN também considera a APS 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, escolas e outros espaços sociais. Deve-se, portanto, promover ações de diagnóstico, prevenção de doenças e carências nutricionais, reabilitação e promoção da saúde.

É importante salientar que trabalhar – no sentido de promover saúde a partir do princípio da integralidade e longitudinalidade, dando assistência a uma população numerosa – se torna um grande desafio para os profissionais de saúde, tanto da eSF quanto do NASF-AB. O planejamento, a elaboração e a execução de ações de alimentação e nutrição se tornam comprometidas ou, no mínimo, insuficientes, quando há escassez de profissionais de saúde, principalmente de nutricionistas.

O NASF-AB contribui positivamente na implementação da PNAN, a partir da definição de estratégias de ação, de metas, de formas de monitoramento, proporcionando bons resultados para os problemas de saúde enfrentados no território. Os planos de ações, políticas públicas e estratégias de promoção da alimentação e nutrição no NASF-AB (**Figura 8**), colaboram para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade, bem como para a conformação de uma rede humanizada de cuidados. A PNAN, alinhada a essas ações, contribui para o fortalecimento da promoção da saúde no território.

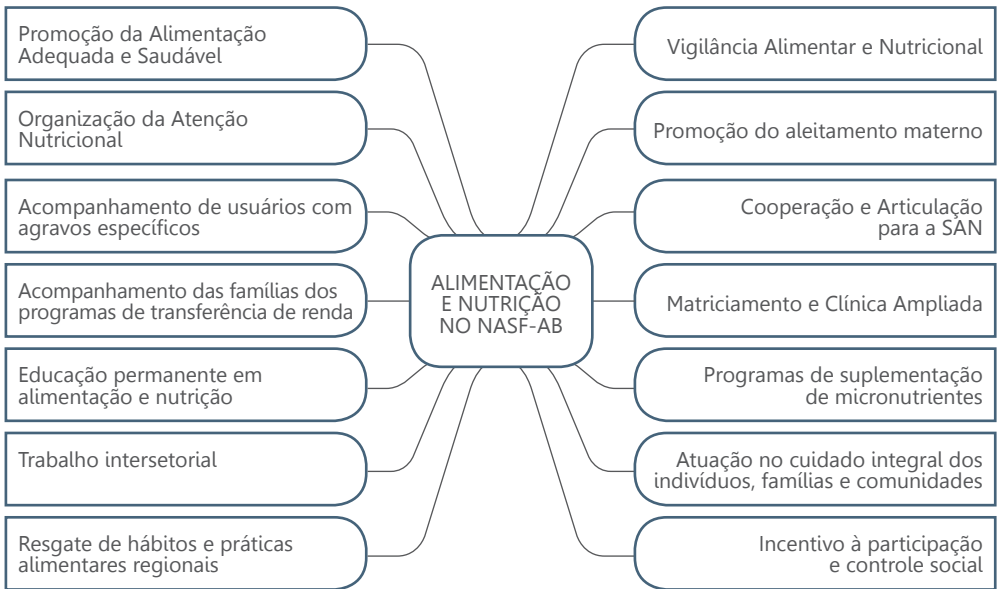


Figura 8: Ações de alimentação e nutrição no NASF-AB.

Fonte: Elaboração própria.

A atuação do NASF-AB no manejo da obesidade e das DCNT é fundamental. É possível, e esperado, que todas essas ações descritas na **Figura 7** sejam realizadas, com o objetivo de promover saúde e prevenir possíveis agravos decorrentes dessas doenças. Alguns exemplos de medidas que podem ser tomadas pelo NASF-AB são (BORTOLINI *et al.*, 2020; JAIME *et al.*, 2011):

- realização de ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), como as Chamadas Nutricionais, que podem ocorrer em conjunto com campanhas de vacinação, por exemplo, e objetivam traçar o perfil nutricional da comunidade, identificando os indivíduos com mais risco para, assim, elaborar medidas de ação assertivas e eficazes;
- manter o registro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) sempre atualizado, inserindo os dados de acompanhamento do estado nutricional e marcadores do consumo alimentar dos usuários. O SISVAN é uma importante ferramenta de monitoramento nutricional que permite inserir dados para todas as fases do curso de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, puérperas);
- desenvolver estratégias, junto com os demais profissionais do NASF-AB e da ESF, de educação e orientação alimentar com vistas à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, alimentos ricos em sódio, gorduras saturadas e açúcar;

- pôr em prática a implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no território;
- promover parcerias intersetoriais dentro do território para estimular o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados – frutas, legumes e verduras;
- trabalhar em parceria com as escolas e os profissionais da educação para proporcionar que a alimentação saudável e a atividade física sejam parte do projeto político-pedagógico das escolas do território;
- colaborar no estabelecimento de metas, tanto individuais quanto em grupo, de acordo com o estado de motivação de mudança do comportamento (você vai ver mais sobre o assunto no livro digital *Abordagens transversais e coletivas para o cuidado da pessoa com DCNT*);
- avaliar os resultados das ações realizadas no território e adequá-las sempre que necessário.

Em resumo, para que a PNAN seja implementada na APS de forma efetiva, a construção de ações promotoras da alimentação saudável com qualidade é necessária. Também se faz necessário articular intervenções voltadas para o controle e prevenção do sobrepeso, da obesidade, das DCNT, além de outros agravos como os distúrbios alimentares e as deficiências nutricionais. Dentro das estratégias interseccionais, inclui-se, ainda, o incentivo a práticas de atividade física, hortas e pomares (domiciliares e/ou comunitários) e atividades educativas nos espaços comunitários como formas de empoderamento e **cuidado emancipador**. A promoção da alimentação saudável, a vigilância alimentar e nutricional e as atividades educativas, não são responsabilidades apenas do nutricionista, mas sim, de todos os profissionais de saúde da APS (BRASIL, 2022).



FIQUE LIGADO!

Você já ouviu falar sobre o cuidado emancipador?

Esse é um termo recentemente utilizado e tem a perspectiva de que o sujeito deixa de ser o paciente e se torna o "experiente" da sua própria saúde-doença-cuidado. Ele propõe a inclusão no cuidado dos saberes inerentes do sujeito, sua história e experiência, não excluindo o conhecimento científico e a clínica (BARROS, 2021). Assim, os indivíduos deixam de ser o alvo do cuidado e se tornam sujeitos agentes, sendo responsáveis pelo desenvolvimento de novos caminhos, enquanto "sujeitos de sua própria saúde" (AYRES, 2001, p. 65).



SAIBA MAIS!

Leia mais sobre o **Cuidado emancipador**, clicando aqui.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Erika Rodrigues de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.
- ALVES, Amaro Luiz *et al.* Política de saúde: metodologia de formulação. In: **Política de saúde: metodologia de formulação**. 1999. p. 15-15.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line]. 2001, v. 6, n. 1, p. 63-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
- BARROS, Nelson. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade** [on-line], v. 30, n. 1, e200380, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>
- BORTOLINI, Gisele Ane *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso em: 15 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 29 set. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/legislacao_em_saude/portaria_de_consolidacao_no_2-17.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*** - Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde** [versão preliminar]. Brasília, DF:

- Ministério da Saúde, 2022. 95 p. Disponível em: <https://nutricaoaps.com.br/wp-content/uploads/2022/02/OS-0052021-Matriz-para-Organizacao-2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 83p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 40p.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 103-114, 2018.
- FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021.
- GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 13 jan. 2022.
- GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4, p. 1327-1338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 19 nov. 2021.
- GONTIJO, Tarcísio Laerte *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate** [online]., v. 41, n. 114, p. 741-752, 2017. Dispo-

nível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>. Acesso em: 28 nov. 2021.

JAIMÉ, Patrícia Constante *et al.* 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, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732011000600002>.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte, MG: Sebrae, 2008.

LUCCHESI, Patricia TR *et al.* **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. Tema: políticas públicas em saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista *et al.* Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 34, eAPE00973. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 193 p. ISBN: 978-85-8071-034-2

MOLON, Herica Santos; BITTENCOURT, Erineia Martins Valadares. Políticas públicas e educação inclusiva: por um diálogo possível. **Minerva – Magazine of Science**, n. 8, v. 2. 2020. Disponível em: <http://www.minerva.edu.py/archivo/12/8/POL%C3%8DTICAS%20P%C3%9ABLICAS%20E%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20INCLUSIVA%20Erineia%20Martins%20Valadares.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2021.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

RECINE, Elisabetta; CARVALHO, Maria de Fátima; LEÃO, Marília. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015. ISBN 978-85-60446-01-8

RODRIGUES, Samilla Nunes Rezende; MARIANO, Thiago Heleno. **Elaboração e gestão de projetos**. 2. ed. Viçosa, MG: L. D. Borges, 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

VASCONCELLOS, Ana Beatriz Pinto de Almeida *et al.* **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.



CAPÍTULO 3
**SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Cíntia Pereira Donateli, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

3.1. Conceitos e definições fundamentais dos Sistemas de Informação em Saúde para gestão e uso da informação

O volume de dados e a demanda por informação em saúde aumentou consideravelmente nos últimos dois anos devido à pandemia de COVID-19, uma das grandes impulsionadoras desse processo e, conseqüentemente, na geração de conhecimento. Boletins diários são gerados com os dados do sistema e-SUS Notifica de todo o país para subsidiar a tomada de decisão frente às informações epidemiológicas (BRASIL, 2021a). Esse foi apenas um exemplo para ilustrar como é grande a quantidade de dados de saúde que a todo momento são registrados nos sistemas de informação. E afinal, o que são os sistemas de informação em saúde?



FIQUE LIGADO!

No Brasil, nós temos um grande número de sistemas de informação em saúde e cada um, em sua especificidade, é responsável por obter, armazenar e a transformar dados em informação para análise e conhecimento das condições de saúde da população, subsidiando a tomada de decisão nos três níveis: municipal, estadual e federal (FRANCO, 2015; BRASIL, 2008).

Sabendo o que são os sistemas de informação, também podemos analisá-los de outra forma, como a junção das palavras sistema (o que reúne os dados) e informação (quando os dados reunidos são analisados e transformados para gerar um resultado com determinada finalidade). Diante desse conceito, entendemos que

tanto dado, quanto informação, são importantes na geração de conhecimento e na tomada de decisão em saúde (CUNHA; VARGENS, 2017).



NA PRÁTICA!

Muitas vezes os sistemas de informação em saúde são subutilizados, uma vez que são muitos desses para gerenciar e a equipe sempre esbarra em diversos desafios, como ausência de capacitação/treinamento. Além dos desafios técnicos, alguns dados não obrigatórios são ignorados, deixados em branco, e ficam incompletos. Também encontramos a barreira organizacional, da alimentação dos sistemas para cumprimento de metas, e ausência de infraestrutura adequada, como acesso à internet e número suficiente de computadores. Esse e outros cenários são encontrados na prática, o que dificulta a utilização dos dados coletados para tomada de decisão.

Diante desses e muitos outros desafios, o Ministério da Saúde tem criado iniciativas para integrar as informações em saúde em um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Uma dessas iniciativas foi a instituição, por meio da Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020 (BRASIL, 2020a), da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), parte do programa Conecte SUS. Essa plataforma nacional tem o objetivo de promover a troca de dados entre os pontos da RAS, públicos e privados, possibilitando o intercâmbio de informações quando e onde necessário para a continuidade do cuidado e benefício do usuário (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c).

Outra iniciativa é o programa Informatiza APS, instruído por meio da Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que vai apoiar o processo de informatização das unidades de APS, assim como promover a qualificação dos dados, subsidiando a gestão dos serviços de saúde e o aperfeiçoando a assistência (BRASIL, 2019). Essas iniciativas seguem a proposta da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) para a produção de informações de saúde acessíveis aos usuários, aos gestores e a todos os pontos da RAS (BRASIL, 2016).

Sendo assim, os sistemas de informação em saúde possuem papel estratégico para tomada de decisão e formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Informações provenientes de sistemas de informação com dados de qualidade, refletem a realidade dos serviços e a situação epidemiológica da população, e subsidiam ações de saúde conforme a necessidade. Com base nos dados, o investimento de recurso público pode ser destinado da melhor maneira e mais pessoas serão beneficiadas. Logo, para isso, os diversos sistemas de informação em saúde, públicos e privados, devem estar integrados. Essa integração impactará positivamente na atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade do cuidado na RAS (BRASIL, 2016).

3.2 Estruturação, fluxo e utilização dos sistemas de abrangência nacional

Os sistemas de informação agregam significado aos dados coletados, transformando-os em informação útil para tomada de decisão. Na saúde, existem diversos sistemas com objetivos diferentes, entre eles, SISVAN, SINAN, SISAB, SIM). Esses sistemas são gerenciados à nível federal pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que é responsável pela gestão dos sistemas em si e a informatização dos processos.

No entanto, nem tudo é de responsabilidade federal. A qualidade, a confiabilidade e a cobertura, por exemplo, são de responsabilidade do município. São os dados coletados pelas eSF que “alimentam” o sistema e dão suporte às decisões da gestão e da assistência por meio de análises desses. Logo, os municípios devem se atentar à qualidade da informação gerada pelos seus sistemas.

Cada sistema possui sua finalidade, porém, as cinco etapas da estruturação são comuns entre os sistemas de informação (**Figura 9**).



Figura 9: Cinco etapas da estruturação de um sistema de informação.

Fonte: Adaptado de Cunha e Vargens, 2017.

**FIQUE LIGADO!**

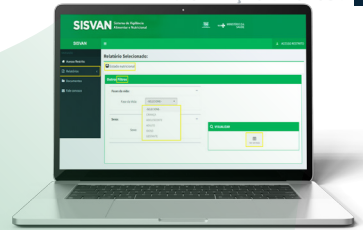
A organização de saúde deve ter acesso e controle das informações geradas pelos sistemas de saúde, respeitando as formalidades e a privacidade. Para proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade, foi instituída a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Essa lei dispõe sobre a proteção dos dados pessoais, inclusive em meios digitais, públicos ou privados em todo território nacional. Assim, é importante que os servidores que trabalham com os sistemas de informação em saúde e que tenham acesso aos dados pessoais, estejam atentos às normas de proteção e compartilhamento das informações pessoais, de acordo com o tratamento previsto na lei (BRASIL, 2018).

A construção da informação pelos sistemas envolve as etapas de coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados, além do constante monitoramento, controle de desempenho e avaliação (CUNHA; VARGENS, 2017).

Na prática, os relatórios gerados pelos sistemas de informação são extremamente úteis também para a assistência, e não apenas para a gestão como se pode imaginar. Uma das possibilidades é o diagnóstico da situação nutricional do município, por exemplo. Os profissionais, ao analisarem o relatório do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), podem elaborar ações, junto com a equipe, direcionadas às necessidades da população ou adaptar alguma atividade que já acontece na unidade. Por outro lado, para a gestão, esses relatórios podem servir de embasamento para projetos de captação de recursos, por exemplo (**Figura 10**).

**FIQUE LIGADO!**

O Ministério da Saúde, por meio da Nota técnica nº 51-SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS, estabeleceu a integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS APS. Além disso, em outra Nota técnica, nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS, estabeleceu a Estratégia e-SUS APS como a única entrada de dados referentes às informações de pré-natal e puerpério na APS. E, também está integrado ao e-SUS APS, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), instituído pela Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019.



SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

136
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SISVAN
ACESSO RESTRITO

Relatório Selecionado:

Estado nutricional

Outros Filtros

Fases da vida:

Fase da Vida: -SELECIONE-

Sexo: -SELECIONE- CRIANÇA ADOLESCENTE ADULTO IDOSO GESTANTE

Q VISUALIZAR

Ver em tela

SISVAN Relatórios

Relatórios Públicos

Filtros Utilizados:

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice

Ano: 2022 - Mês: TODOS

Fase da Vida: ADULTO

Sexo: TODOS

Resultado da Consulta:

Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	IMC												
					Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUDESTE	31	MG	310010	ABADIA DOS DOURADOS	21	2,23%	267	28,96%	296	32,1%	166	18%	96	10,41%	76	8,24%	922
SUDESTE	31	MG	310020	ABATE	70	2,26%	910	29,43%	1.078	34,86%	602	19,47%	287	9,28%	145	4,69%	3.092
SUDESTE	31	MG	311130	VICOSA	132	2,25%	1.179	30,32%	2.005	34,17%	1.192	20,32%	476	8,15%	283	4,82%	5.967
SUDESTE	31	MG	311140	VIÉIRAS	14	1,31%	390	36,45%	365	34,12%	204	19,07%	70	6,54%	27	2,52%	1.070
SUDESTE	31	MG	311160	VIRGEM DA LAPA	28	3,56%	255	32,4%	245	31,33%	161	20,46%	74	9,4%	24	3,05%	787
SUDESTE	31	MG	311170	VIRGINIA	24	1,49%	488	30,33%	596	37,04%	330	20,51%	122	7,58%	49	3,05%	1.609
SUDESTE	31	MG	311180	VIRGINÓPOLIS	32	2,04%	437	27,8%	555	35,32%	328	20,87%	144	9,16%	76	4,83%	1.572
SUDESTE	31	MG	311190	VIRGOLÂNDIA	29	1,51%	687	35,67%	728	37,8%	321	16,67%	100	5,12%	61	3,17%	1.926
SUDESTE	31	MG	311200	VISCONDE DO RIO BRANCO	244	2,01%	4.333	35,75%	4.166	34,37%	2.036	16,63%	858	7,08%	503	4,15%	12.120
SUDESTE	31	MG	311210	VOLTA GRANDE	12	2,49%	120	24,95%	175	36,38%	113	23,49%	44	9,15%	17	3,53%	481
SUDESTE	31	MG	311220	WENCESLAU BRAZ	7	3,83%	52	28,42%	66	36,07%	38	20,77%	17	9,29%	3	1,64%	183
TOTAL ESTADO MINAS GERAIS					37.427	3,19%	537.346	31,45%	574.147	33,61%	333.696	19,53%	138.495	8,11%	87.228	5,11%	1.708.349
TOTAL REGIÃO SUDESTE					74.419	1,96%	1.065.614	28,08%	1.255.521	32,95%	802.513	21,15%	366.131	9,49%	241.813	6,37%	3.795.011
TOTAL (BRASIL)					244.757	1,98%	3.679.434	29,79%	4.269.099	34,56%	2.545.210	20,61%	1.021.952	8,27%	591.581	4,79%	12.352.033

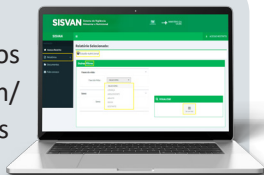
Gerar Excel

Figura 10: Relatório do SISVAN para subsidiar ações na APS.

Fonte: SISVAN, 2022.

**NA PRÁTICA!**

Nesse exemplo do SISVAN, basta acessar os relatórios consolidados no site (<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>), caso você só tenha acesso aos relatórios públicos. Caso contrário, acesse a área restrita. Nos relatórios sobre o estado nutricional você pode inserir vários filtros, inclusive, determinar a faixa etária que quer pesquisar. Todas essas funcionalidades pertencem a esse sistema de informação, que já passou por todas as etapas de entrada (coleta dos dados), processamento (classificação do estado nutricional) e saída (relatórios). A partir do relatório gerado é possível comparar o seu município com o estado, com a região e o com país. Além de ter a classificação do IMC em número absolutos (quantidade) e a prevalência (%).

**PARA REFLETIR!**

No seu município, como está implantação da estratégia e-SUS APS? Todos esses sistemas já estão integrados? Quais os benefícios dessa integração para o seu serviço?

Ao longo dos anos, os sistemas de informação passaram por atualizações e são, cada vez mais, considerados estratégicos na saúde. Por isso, o governo vem criando estratégias para reestruturar a gestão da informação nacional e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do serviço prestado à população.

Um desses esforços, na APS, é a estratégia e-SUS APS. A estratégia e-SUS APS pretende melhorar a qualidade da informação em saúde e otimizar o uso das informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos, reduzindo o retrabalho no registro de informações e integrando em um único sistema. Porém, sabe-se que a depender da realidade de cada unidade, o cenário de implantação dessa estratégia se encontra mais ou menos avançado (BRASIL, 2021b).

Integrando a estratégia e-SUS APS, há o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2021c). Nesse sistema, é possível obter informações da situação de saúde da população adscrita no território por meio dos relatórios, como exemplificamos anteriormente. O SISAB é responsável pelo processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a APS nos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal). Além disso, as informações dis-

poníveis são utilizadas para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da PNAB.

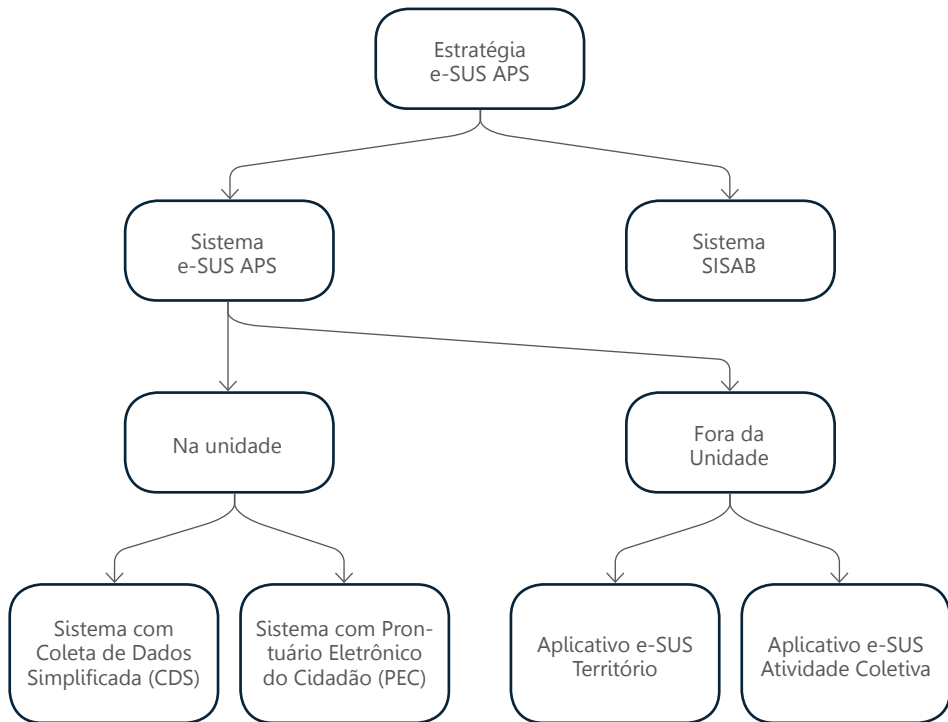


Figura 11: Estratégia e-SUS APS.

Fonte: Elaboração própria.

Outros sistemas importantes para a saúde são o SINASC, o SINAN e o SIM. Esses sistemas, apesar de não exclusivos da APS, são úteis também para o planejamento de ações na APS e para a formulação de políticas públicas, de acordo com a situação epidemiológica do município. Por considerarmos importantes, apresentamos, no **Quadro 8**, as principais funcionalidades desses sistemas de informação.

Além desses sistemas, para os estabelecimentos e as equipes de saúde, também há um sistema de cadastro, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesse sistema são cadastradas as informações dos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, que integram a rede de atenção à saúde, independentemente do nível de complexidade. A partir desse cadastro, é possível analisar a capacidade física instalada e de mão de obra assistencial no país (BRASIL, 2021d).

Quadro 8: Outros sistemas de informação relevantes para a saúde

Sistema	Ferramenta de registro	Finalidade
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Declaração de nascidos vivos (DN)	Construção de indicadores úteis sobre natalidade, além do monitoramento, vigilância e atenção à saúde na área da saúde materno-infantil.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Fichas de notificação/ investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória	Permite visualizar o panorama epidemiológico do território e planejar ações de intervenção para os agravos de notificação compulsória.
Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)	Declaração de óbito (DO)	Construção de indicadores sobre mortalidade que parametrizam muitas das diretrizes e permitem o monitoramento e vigilância da mortalidade por causas preveníveis ou evitáveis, além da mortalidade infantil, materna e outras causas específicas.

Fonte: Adaptado de Cunha e Vargens, 2017.

3.3. Cultura informacional

Apesar dos esforços que têm sido feitos para integrar os sistemas, compartilhar os dados e gerar informação útil e de qualidade para tomadores de decisões e profissionais da saúde, muito ainda se tem que percorrer para obter, dentro do setor saúde, uma cultura informacional. O que aqui chamamos de cultura informacional pode ser entendida como o compartilhamento, pela organização (no caso, pelo setor saúde), de valores, normas e procedimentos relacionados ao uso da informação (MORAES; BARBOSA, 2014).

Esses mesmos autores consideram que o modelo de cultura informacional é composto de cinco categorias conceituais: “consciência informacional”, “comunicação e redes de relacionamento”, “orientação à inovação”, “gestão da informação” e “gestão de sistemas de informação”. Apesar de ser um conceito complexo, na prática estamos discutindo como a informação é gerenciada e como é pouco utilizada onde tudo começa, nos municípios.

No Brasil, o município é o responsável pela coleta de dados e pelo compartilhamento das informações locais entre as outras esferas do governo (estadual e federal). Isso acontece pelo fato de o município estar mais próximo das pessoas, mais próximo da realidade local. Essa proximidade facilita o contato e a busca de informa-

ções, porém, a informação segue seu fluxo no modo automático e nem sempre se forma esse ciclo contínuo de informação e retroalimentação (BRASIL, 2017).

No entanto, também não podemos continuar falando sobre cultura informacional se ainda não conseguimos compreender de fato a importância de gerar dados e informações de qualidade, em todas as suas dimensões de tempo, conteúdo e forma (CUNHA; VARGENS, 2017). São informações de qualidade que subsidiam a tomada de decisão e a elaboração de ações e políticas de saúde. Por isso, os profissionais do município devem garantir que a base da informação, os dados, são confiáveis. E não apenas seguir o fluxo automático de alimentar os sistemas de informação.

Voltando as cinco categorias do modelo de cultura informacional, cada uma pode ser praticada pela gestão e pelos profissionais de saúde no município (**Figura 12**).

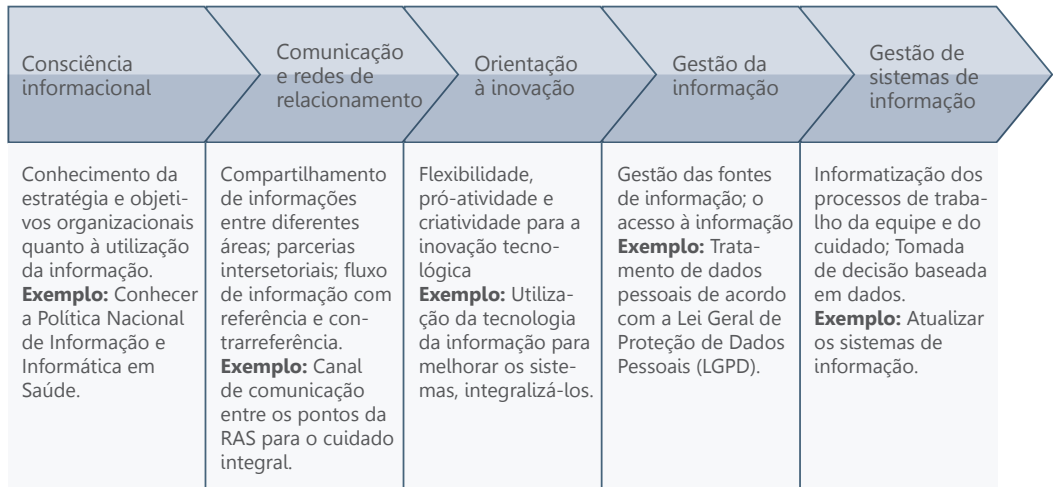


Figura 12: Cultura informacional na saúde.

Fonte: Adaptado de Moraes e Barbosa, 2014.

A incorporação da cultura informacional agregará aos esforços do governo para as novas estratégias digitais de saúde. Para isso, são necessárias capacitações e treinamentos contínuos, principalmente, sobre os novos sistemas, as mudanças ocorridas e a importância da qualidade dos dados para planejamento e a avaliação de ações de saúde, impactando no cenário epidemiológico, de acordo com a realidade local e regional (BRASIL, 2016).

Referências

- BRASIL. Ministério da saúde. Sistemas de Informação. **BVS**. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 2016. 56 .
- BRASIL. Ministério da saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-saúde para o Brasil**. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/material-de-apoio/DocumentodaVisobrasileiraparaaEstrategia-eSade2017.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.
- BRASIL. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de novembro de 2019. Seção 1, p.5. DISPONÍVEL EM: <HTTPS://WWW.IN.GOV.BR/EN/WEB/DOU/-/PORTARIA-N-2.983-DE-11-DE-NOVEMBRO-DE-2019-227652196>. ACESSO EM: 15. FEV. 2022.
- BRASIL. **Portaria Nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de maio de 2020a. Seção 1, p. 231. DISPONÍVEL EM: <HTTPS://WWW.IN.GOV.BR/EN/WEB/DOU/-/PORTARIA-N-1.434-DE-28-DE-MAIO-DE-2020-259143327>. ACESSO EM: 15 FEV. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília, 2020b. 128 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019 - 2023**. Brasília, 2020c. 33 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/a-estrategia-brasileira/PlanodeAoMonitoramentoeAvaliao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

- BRASIL. Ministério da saúde. **e-SUS Notifica**. Gov, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/sistemas-de-informacao/e-sus-notifica>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC>. Acesso em : 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da saúde. **SISAB**: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. 2021c. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da saúde. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- CUNHA, Elenice Machado da; VARGENS, José Muniz da Costa. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de vigilância em saúde**: fundamentos. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 71-112.
- FRANCO, Joel Levi Ferreira. **Sistemas de Informação em Saúde**. UNASUS, 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_04.html. Acesso em: 15 fev. 2022.
- MORAES, Leonardo Barbosa de; BARBOSA, Ricardo Rodrigues. Cultura informacional: um estudo em uma empresa de grande porte. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 7, n. 2, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/119529>. Acesso em: 15 fev. 2022.

O Brasil, nas últimas décadas, tem vivenciado um avanço muito rápido no número de pessoas com excesso de peso ou obesidade, além de outras doenças crônicas como dislipidemias, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. A Atenção Primária à Saúde é um espaço fundamental para a prevenção e o cuidado integral de pessoas nessa condição 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 manejo dessas doenças no âmbito do Sistema Único de Saúde são mais efetivos.

Nesse contexto, o projeto Rede para enfrentamento da obesidade e doenças crônicas em Minas Gerais (RENOB-MG) tem como objetivo propiciar a construção de uma rede organizada e qualificada para a atenção à saúde, bem como a excelência em gestão para o gerenciamento dessas condições em Minas Gerais, a partir de ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento – envolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Para tanto, nossa equipe elaborou duas coleções de livros digitais – Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para gestores de saúde e Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde – para capacitar, consolidar e enriquecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde no cuidado da obesidade e no cuidado integral da pessoa que vive com essa e outras doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial sistêmica.

UFV
Universidade Federal
de Viçosa



IPPDS
Instituto de Políticas Públicas e
Desenvolvimento Sustentável