

COLEÇÃO

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

**ESTRATÉGIAS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Promoção da saúde e redução de riscos das doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde



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

Ana Beatriz Oliveira
Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha
Eloar dos Santos Freitas
Fernanda de Carvalho Vidigal
Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Heminelly Souza Barroso de Holanda
Larissa Loures Mendes
Luiza Carla Vidigal Castro

Luiza Delazari Borges
Luma de Oliveira Comini
Maíra Mendes Coelho
Mayra Marcela Ribeiro Simião
Miguel Araujo Carneiro Júnior
Milene Cristine Pessoa
Tabatta Renata Pereira de Brito

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

P965
2022 Promoção da saúde e redução de riscos das doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Maíra Coelho Mendes, organizadoras ; Ana Beatriz Oliveira ... [et al.] elaboração de conteúdo – Viçosa, MG, 2022.
1 livro eletrônico (135 f.) : il. color. – (Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: Estratégias para profissionais de saúde; n. 2).

Disponível em: <https://www.renobmg.ufv.br/repositoriocientifico/>.
ISBN 978-65-00-45605-9

1. Promoção da saúde. 2. Saúde pública. 3. Doenças crônicas. 4. Dieta saudável. 5. Exercícios físicos. 6. Programas antitabagismo. I. Hermsdorff, Helen Hermana Miranda, 1979-. II. Mendes, Maíra Coelho, 1995-. III. Oliveira, Ana Beatriz, 1998-. IV. Rocha, Daniela Mayumi Usuda Prado, 1987-. V. Freitas, Eloar dos Santos, 1988-. VI. Vidigal, Fernanda de Carvalho, 1983-. VII. Holanda, Heminelly Souza Barroso de, 1995-. VIII. Mendes, Larissa Loures, 1981-. IX. Castro, Luiza Carla Vidigal, 1977-. X. Borges, Luiza Delazari, 1995-. XI. Comini, Luma de Oliveira, 1989-. XII. Simião, Mayra Marcela Ribeiro, 1997-. XIII. Carneiro Júnior, Miguel Araújo, 1983-. XIV. Pessoa, Milene Cristine, 1982-. XV. Brito, Tabatta Renata Pereira de, 1987-. XVI. 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 dos cursos Salus para sua qualificação, visando a melhoria da qualidade da atenção ofertada em seus respectivos municípios.

A presente coleção foi produzida com apoio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (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, de formação, de gestão, de avaliação e de 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** – com o objetivo de capacitar, de consolidar e de 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 **Promoção da saúde e redução de riscos das doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde**, que faz parte da coleção *Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde: estratégias para profissionais de saúde*.

A promoção da saúde envolve a participação ativa da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida e saúde, bem como a criação de ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas no autocuidado e cuidado compartilhado. Ainda hoje existem desafios que envolvem tanto a promoção da saúde, quanto a redução de riscos das doenças crônicas. Para superar tais desafios, é fundamental que os profissionais da Atenção Primária à Saúde tenham habilidades para a identificação e a redução dos fatores de risco comuns a essas condições, garantindo, assim, a melhoria da qualidade de vida da população atendida na rede de atenção à saúde.

Nesse cenário, o presente livro digital tem como objetivo apresentar os conceitos que envolvem a promoção da saúde, bem como os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-adoecimento. Ademais, trará um olhar ampliado sobre a alimentação, a partir da abordagem do sistema alimentar e seus constituintes, do ambiente alimentar, do resgate da Política da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e do Guia Alimentar para a População Brasileira, um dos mais importantes instrumentos norteadores da alimentação saudável para promoção da saúde e redução de risco de doenças crônicas.

Ainda no contexto de promoção e redução de riscos, recebem espaço neste livro a prática regular de atividade física e a aquisição e manutenção de um estilo de vida saudável. Para tal, discutiremos o Guia de Atividade Física, o Programa Academia da Saúde, bem como os hábitos de vida relacionados ao tabagismo e ao etilismo.

O projeto RENOB-MG visa a impulsionar mudanças na condição de saúde da população, mediante a qualificação diferenciada de profissionais no âmbito do cuidado integral da pessoa com doença crônica. Esperamos que a leitura do presente livro digital seja norteadora e incentivadora dessa qualificação.

Boa leitura!

Os autores

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
PROMOÇÃO DA SAÚDE	14
1.1. Entendendo os conceitos: promoção da saúde e prevenção em saúde	14
1.2. Intersetorialidade nas ações de promoção e prevenção	21
1.3. Determinantes Sociais de Saúde nas DCNT	22
Referências	27
CAPÍTULO 2	
AMPLIANDO O OLHAR SOBRE A ALIMENTAÇÃO	31
2.1. Sistemas Alimentares.....	31
2.2. Constituintes do Sistema Alimentar.....	35
2.2.1. Cadeia de abastecimento de alimentos	36
2.2.2. Comportamento do consumidor.....	37
2.2.3. Ambiente Alimentar	38
2.2.3.1. Ambiente Alimentar para uma Alimentação Sustentável.....	39
2.2.3.2. Metodologia e ferramentas para medir as propriedades/elementos do ambiente alimentar	42
Referências	48
CAPÍTULO 3	
PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS) NOS CICLOS DA VIDA.....	51
3.1 Sistemas Alimentares	51
3.1. Guia Alimentar para a População Brasileira	57
3.2. Guia Alimentar para menores de 2 anos	60
3.3. Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde.....	64
3.4. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira.....	65
3.5. Habilidades Culinárias e alimentação brasileira como promotores do uso do GAPB.....	70
Referências.....	72

CAPÍTULO 4

ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS.....	75
4.1. Atividade física e sedentarismo	75
4.1.1. Definindo conceitos	75
4.1.2. Na prática	77
4.2. Programa Academia da Saúde	78
4.2.1. O programa	78
4.2.2. Entenda as possibilidades	78
4.2.3. Outros programas	79
4.3. Guia de Atividade Física para a População brasileira	80
4.3.1. O Guia	80
4.3.2. O incentivo às redes de apoio	81
4.3.3. Recomendações para gestores e profissionais de saúde	81
4.4. Benefícios e recomendações da prática de atividade física e práticas corporais.....	82
4.4.1. Benefícios	82
4.4.2. Recomendações	83
4.4.3. Práticas exitosas	85
Referências	86

CAPÍTULO 5

ESTILO DE VIDA: TABAGISMO E ETILISMO	88
5.1. Tabagismo como problema de saúde pública.....	88
5.1.1. Políticas públicas voltadas para o abandono ao tabagismo	90
5.1.2. Abordagem da pessoa tabagista	94
5.1.3. Diagnóstico de dependência	95
5.1.4. Tratamento.....	97
5.1.4.1. Tratamento não farmacológico.....	99
5.1.4.2. Tratamento farmacológico.....	100
5.1.4.3. Outras intervenções	101
5.1.5. Monitoramento.....	102
5.1.6. Benefícios da cessação do tabagismo	103
5.2. Etilismo	104
5.2.1. Políticas Públicas	107
5.2.2. Abordagem da pessoa dependente	110
5.2.3. Diagnóstico da dependência	110
5.2.4. Tratamento.....	111
Referências	112

CAPÍTULO 6

REDUÇÃO DE RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA RAS	117
6.1. Prevenção das DCNT na RAS.....	117
Referências	131

Lista de figuras

Figura 1: Recursos e condições fundamentais para a promoção da saúde.	15
Figura 2: Valores e Princípios da PNPS.	16
Figura 3: Temas transversais da PNPS.	17
Figura 4: Eixos Operacionais da PNPS.....	18
Figura 5: Categorias da prevenção de doenças.	19
Figura 6: Eixos de atuação das práticas intersetoriais na APS.	22
Figura 7: Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.	25
Figura 8: Propostas de possíveis políticas para intervir nos DSS.	27
Figura 9: Principais contrapontos de sistemas alimentares insustentáveis e sustentáveis. .33	
Figura 10: Interação dos drivers de mudanças do sistema alimentar com os seus constitu- intes.	36
Figura 11: O ambiente alimentar no sistema alimentar ampliado.	40
Figura 12: Classificação dos alimentos de acordo com seu grau de processamento58	
Figura 13: Plano alimentar saudável de acordo com o GAPB.....	59
Figura 14: Fatores que influenciam no excesso de peso infantil e surgimento de comorbi- dades.	62
Figura 15: Passo a passo para utilização do Protocolo de uso do Guia Alimentar.	66
Figura 16: Prevalência de tabagismo em adultos (≥ 18 anos) por (A) sexo, (B) faixa etária, (C) nível de instrução, (D) cor/raça.....	89
Figura 17: Seis medidas MPOWER para o controle do tabagismo.	91
Figura 18: Identificação e abordagem da pessoa tabagista no território.	94
Figura 19: Critérios para definição de dependência.	96
Figura 20: Avaliação do resultado do Teste de Fagerström.	97
Figura 21: Diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas.....	97
Figura 22: Temas para as sessões iniciais de aconselhamento estruturado/abordagem inten- siva para a cessação do tabagismo.	99
Figura 23: Monitoramento do Tratamento do Tabagismo.....	102
Figura 24: Benefícios para a saúde das pessoas que param de fumar.....	103
Figura 25: Benefícios para a qualidade de vida das pessoas que param de fumar.....	103
Figura 26: Equivalência da dose padrão (14 g de etanol puro) em diferentes tipos de bebi- das alcoólicas.	105
Figura 27: Riscos à saúde associados ao consumo abusivo de álcool.	106
Figura 28: Intervenções SAFER.	109
Figura 29: Estratégias para efetivar as recomendações SAFER.....	110
Figura 30: Diabetes mellitus na América.	117
Figura 31: Prevalência de Diabetes no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel, 2020).	118
Figura 32: Classificação do diabetes.	119
Figura 33: Estratégias para prevenção de diabetes.	120
Figura 34: Situação da hipertensão arterial sistêmica.....	122
Figura 35: Prevalência da HAS no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel 2020).....	123
Figura 36: Estratégias para prevenir a HAS e evitar complicações.	123
Figura 37: Recomendações para prevenção da HAS.	124
Figura 38: Etapas para estratificação da HAS.	125
Figura 39: Principais achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV..125	

Figura 35: Prevalência da HAS no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel 2020).....	127
Figura 41: Modelo de abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas.	129
Figura 42: Ações para prevenção das DCNT.....	130

Lista de quadros

Quadro 1: Níveis de prevenção da saúde e suas ações	20
Quadro 2: Drivers do sistema alimentar no contexto das DCNT	34
Quadro 3: Descrição dos elementos-chave do ambiente alimentar e exemplos de como podem auxiliar na redução de risco para DCNT.....	41
Quadro 4: Definição dos tipos de espaços/ambientes alimentares	42
Quadro 5: Classificação dos tipos de estabelecimentos que comercializam alimentos	43
Quadro 6: Pesquisa sobre o Ambiente Alimentar	44
Quadro 7: Estratégias de gestores e profissionais de saúde para realização da PAAS.....	56
Quadro 8: 12 passos para alimentação saudável para crianças até 2 anos.....	63
Quadro 9: Pilares do instrutivo de implementação do Guia Alimentar.....	64
Quadro 10: Exemplo adaptado do Protocolo de uso do Guia Alimentar	67
Quadro 11: Orientações e obstáculos destacados em cada protocolo, de acordo com a população	68
Quadro 12: Materiais educativos do Ministério da Saúde importantes para o aprimoramento das práticas e habilidades culinárias	71
Quadro 13: Principais conceitos relacionados à atividade física	76
Quadro 14: Diferença entre comportamento sedentário e inatividade física	76
Quadro 15: Orientações para diminuição do comportamento sedentário e aumento no nível de atividade física	77
Quadro 16: Capítulos do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, Brasil 2021	80
Quadro 17: Formas de consumo do tabaco	88
Quadro 18: Teste de Fagerström.	96
Quadro 19: Indicação de tratamento não farmacológico de forma isolada	99
Quadro 20: Ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção e cuidado ao grupo de DCNT (Diabetes mellitus).....	121
Quadro 21: Ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção e cuidado ao grupo de DCNT (Doenças cardiovasculares).....	126

Lista de siglas e abreviaturas

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BPE	Consumo pesado esporádico de bebidas alcoólicas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CICQTC	Comissão de Internalização da CQTC
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da CQCT
CQCT/OMS	Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes mellitus)
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAAB	Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
GBD	Global Burden of Disease Study
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVT	Programa Vida no Trânsito
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RES	Registro Eletrônico em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIM	Informações sobre Mortalidade
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TRA	Transtornos Relacionados ao uso de Álcool
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional



CAPÍTULO 1

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Luma de Oliveira Comini, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

1.1. Entendendo os conceitos: promoção da saúde e prevenção em saúde

A promoção da saúde surge a partir de uma reação ao modelo de saúde existente, o qual é centrado na medicalização da saúde. Ainda que esse termo tenha sido utilizado com o intuito de caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, ele sofreu grandes mudanças em seu significado ao longo do tempo, representando, atualmente, uma perspectiva política e técnica em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O conceito de promoção da saúde pode ser dividido, didaticamente, em dois grupos, de acordo com Sutherland e Fulton (1992).

- O primeiro grupo trata a promoção da saúde como sendo atividades dirigidas à transformação dos comportamentos das pessoas, tendo como foco o estilo de vida e centrando-se em pequenos grupos de comunidades em que as famílias e indivíduos se encontram. Dentro dessa visão, as atividades de promoção da saúde são direcionadas às mudanças comportamentais como, por exemplo, a alimentação, a atividade física, o hábito de fumar, dentre outros; desconsiderando os fatores que fogem ao controle dos indivíduos.
- O segundo grupo caracteriza a promoção da saúde como um conceito mais amplo, levando-se em consideração os determinantes sociais de saúde.



(...) a saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportu-

nidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde; suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. (CZERESNIA; FREITAS, 2009, p. 22-23).

No ano de 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou um documento chamado Carta de Ottawa, trazendo a seguinte definição de promoção da saúde:



Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

Com essa definição, a Carta de Ottawa se insere no grupo que considera a saúde como um conceito amplo e reforça a responsabilidade e os direitos que tanto indivíduo, quanto comunidade, possuem pela sua própria saúde (**Figura 1**).

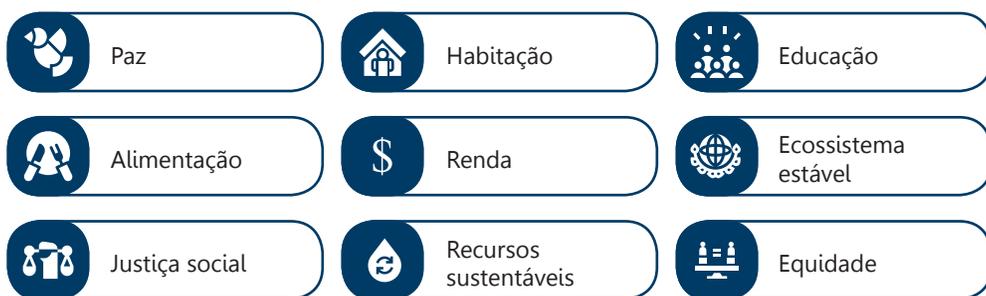


Figura 1: Recursos e condições fundamentais para a promoção da saúde.

Fonte: Adaptado de Carta de Ottawa, 1986.

A carta ainda preconiza cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde, indicando que a saúde não é assegurada apenas por esse "setor", mas sim, demanda ações multisetoriais coordenadas, envolvendo os setores sociais e econômi-

cos, a indústria, a mídia, as organizações não-governamentais, além dos próprios profissionais de saúde e da população, como a seguir.

- 1 Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- 2 Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- 3 Reforço da ação comunitária;
- 4 Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- 5 Reorientação do sistema de saúde.

Essas cinco estratégias descritas na Carta de Ottawa, são o principal marco de referência para a promoção da saúde em todo o mundo. A articulação dessas estratégias representa uma potência maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população.

Em âmbito nacional foi instituída, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), orientada pelo Relatório Lalond, de 1974; pelo Relatório da Atenção Primária de Saúde, de 1976; pelas Cartas Internacionais da Promoção da Saúde, de 1986 a 2005; e pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, de 1986. O objetivo da PNPS é o de proporcionar, a partir da visão ampliada do conceito de saúde – e considerando todos os seus determinantes –, a melhoria das condições de vida e da equidade, a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, ampliando, assim, a potencialidade da saúde dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2018).

Para alcançar o seu objetivo, a PNPS traz consigo valores e princípios considerados fundamentais para a realização de todas as práticas e ações de promoção da saúde no Brasil (**Figura 2**).

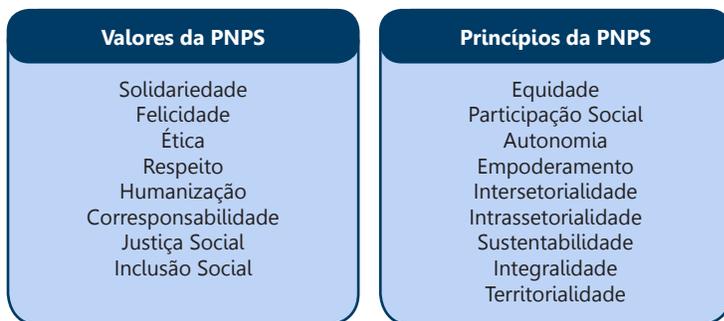


Figura 2: Valores e Princípios da PNPS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018.

Também estabelece 13 objetivos específicos, que contemplam as mais variadas áreas, como forma de estimular e impulsionar a articulação intersetorial na construção de políticas que façam com que a saúde componha a agenda de todas as políticas públicas. Ainda, a PNPS apresenta os chamados temas transversais, os quais são utilizados como referências para a formulação de ações e políticas relacionadas à promoção da saúde e escolha de estratégias e temas que são prioritários, em consonância com os princípios e valores do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria PNPS; e nove eixos operacionais para fomentar a concretização das ações de promoção da saúde, tomando como base também os valores e princípios do SUS e da própria PNPS (Figuras 3 e 4).



Figura 3: Temas transversais da PNPS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018, p. 14.

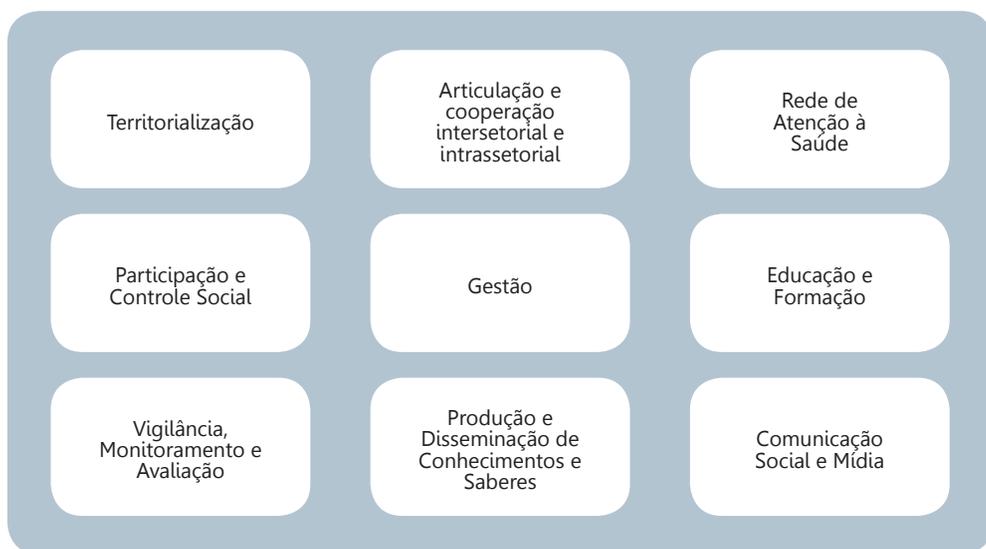


Figura 4: Eixos Operacionais da PNPS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2018, p. 15-16.

Por conseguinte, a PNPS trouxe a mudança da perspectiva da promoção da saúde com a inserção dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais de saúde em seus objetivos e diretrizes, e gerou, com a sua implementação, uma nova forma de planejar, organizar, realizar e avaliar o trabalho em saúde. Contudo, o maior desafio que a promoção da saúde enfrenta no Brasil é exatamente a mudança do paradigma de saúde, no qual ainda prevalece uma forte visão biomédica. Acrescenta-se a isso outras questões, como a alta prevalência de desigualdade social com condições precárias de saúde, aumento do risco de doenças e a diminuição dos recursos para enfrentá-las (BRASIL, 2018).



SAIBA MAIS!

Você pode saber mais sobre a **Política Nacional de Promoção da Saúde** clicando aqui!



SAIBA MAIS!

A **PNPS** pode ser acessada aqui.



A promoção da saúde possui, portanto, o enfoque maior na identificação e no enfrentamento dos macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando modificar as condições de vida para que sejam adequadas e dignas, transformando os processos individuais de tomada de decisão e garantindo a qualidade de vida e o bem-estar. Ela incorpora o mal-estar como uma percepção individual e subjetiva, que pode ou não estar relacionada à doença e a saúde como fato positivo, tanto na sua dimensão subjetiva (de bem-estar), quanto objetiva (aos objetos do planejamento e intervenções) (BUSS, 2000; HEIDMANN et al., 2006).

Em contraponto, a prevenção, ou melhor, a redução de riscos, é orientada por ações antecipatórias que objetivam controlar, reduzir e detectar os fatores de risco para uma ou mais enfermidades, reduzindo a sua incidência e prevalência na população, como também prevenir agravos, isto é, complicações que uma enfermidade pode provocar. O foco da redução de riscos é na doença, em como podemos evitá-la ou mantê-la sob controle; e não no bem-estar, como ocorre na promoção da saúde (AZEVEDO et al., 2019). Os projetos de educação em saúde, a partir da prevenção em saúde, se estruturam em recomendações de modificação do comportamento a partir da divulgação de informações de cunho científico.

Leavell e Clark, na década de 70, estabeleceram três níveis de prevenção que ficaram conhecidos mundialmente. A partir desse modelo e de avanços nas discussões acerca do assunto, o modelo foi reestruturado e a prevenção em saúde pode ser dividida, teoricamente, em quatro níveis: primária, secundária, terciária e quaternária, e pode ser organizada em três categorias: manutenção de baixo risco, redução de risco e detecção precoce (Figura 5 e Quadro 1).



Figura 5: Categorias da prevenção de doenças.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1: Níveis de prevenção da saúde e suas ações

Nível de prevenção	Objetivo	Ações	População envolvida
Primária	Remover causas ou fatores de risco de determinado problema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar leis que preconizam a saúde dos indivíduos; • realizar campanhas de promoção à saúde; • incentivar a diminuição da ingestão de alimentos densamente calóricos, como os ultraprocessados; • realizar campanhas de vacinação. 	Individual ou populacional.
Secundária	Detectar um problema de saúde em estágio inicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar precocemente o problema de saúde, possibilitando tratamento precoce, prevenindo o agravamento da condição do paciente. 	Individual ou populacional.
Terciária	Trabalhar com indivíduos que já apresentam a doença visando reduzir prejuízos funcionais por consequência de um problema agudo ou crônico.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir o agravamento da doença e minimizar sequelas decorrentes de doenças já instaladas, possibilitando a melhora da qualidade de vida. 	Individual.
Quaternária	Relacionada com o excesso de intervenções diagnósticas ou terapêuticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger os indivíduos de condutas inadequadas de profissionais da saúde e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. 	Individual.

Fonte: HERMSDORFF, CASTRO, BORGES, COMINI, 2020, p. 14

A detecção precoce de problemas de saúde ainda pode ser subdividida em duas categorias, de acordo com a maneira que a detecção irá ocorrer. A primeira é o diagnóstico precoce, que identifica a doença em estágio inicial, partindo de sinais e sintomas clínicos. A segunda, trata-se do rastreamento, que representa a realização de testes e exames em pessoas assintomáticas e é uma maneira importante de identificar indivíduos que possuem a doença, mas ainda não manifestaram nenhum sinal clínico. Nesse caso, devemos estar atentos ao uso racional de testes e exames, garantindo que a prevenção quaternária possa ser mantida.

Como você pode notar ao longo desse capítulo, as ações de promoção da saúde podem (e devem) ser realizadas ao mesmo tempo em que estão sendo feitas ações de prevenção em saúde, e vice-versa. Alguns exemplos desse trabalho conjunto entre promoção e prevenção, são:

- Ações de comunicação: Conduzir atividades em prol da conscientização do público em geral sobre comportamentos e atitudes saudáveis, por exemplo,

a partir de anúncios nas UBS, por meio das feiras de saúde que ocorrem nos bairros, boletins informativos, entre outros. Essa comunicação pode acontecer também para alcançar um público pré-definido, como as pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

- **Ações de educação:** Articular o estímulo a mudanças de comportamento por meio do conhecimento, como grupos de apoio, cursos, palestras, entre outros. Nesse tópico podem ser desenvolvidas atividades direcionadas à população geral quanto à públicos específicos de acordo com a estratificação de risco.
- **Ações políticas e ambientais:** Contribuir com mudanças sistemáticas que sejam de benefício coletivo, por meio de leis, regras e políticas, com o objetivo de possibilitar escolhas mais saudáveis. Os profissionais de saúde precisam estar atentos em relação às políticas municipais e apoiar a difusão daquelas que sejam promotoras de saúde em seus municípios; são também importantes porta-vozes e educadores, colaborando para o empoderamento da população.

1.2. Intersetorialidade nas ações de promoção e prevenção

Trabalhar a dinâmica da promoção e prevenção da saúde no território, requer uma ação conjunta do setor saúde com outros setores, como educação e transporte, tendo em vista que muitas das consequências de problemas de saúde extrapolam a capacidade de resolução do setor saúde. Sendo assim, há a necessidade de trabalhar e estimular o trabalho intersetorial.

Na Lei nº 8.080/90, criada para regulamentar as ações e os serviços do SUS, a intersetorialidade é um dos princípios norteadores. Também se faz presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quando apresenta como atribuições de todos os profissionais de saúde que integram as equipes de Saúde da Família (eSF) e os NASF-AB, o desenvolvimento de ações intersetoriais, com estímulo de parcerias e recursos na comunidade para potencializar as ações e o favorecimento da integração de projetos sociais com setores afins que objetivam a promoção da saúde.

A intersetorialidade nada mais é que a articulação entre os diferentes setores para a atuação de forma estruturada, compartilhando conhecimentos e poderes, sobre os problemas e demandas em saúde. Essa condição de trabalho vai na contramão da fragmentação das políticas sociais e é fundamental para a redução das

iniquidades em saúde. O foco principal do trabalho intersetorial na saúde é atuar sobre os determinantes sociais, na promoção da saúde e na prevenção em saúde.

As ações interssetoriais orientadas para o território precisam se articular em três eixos de atuação (**Figura 6**): incentivo, apoio e proteção (BRASIL, 2014).

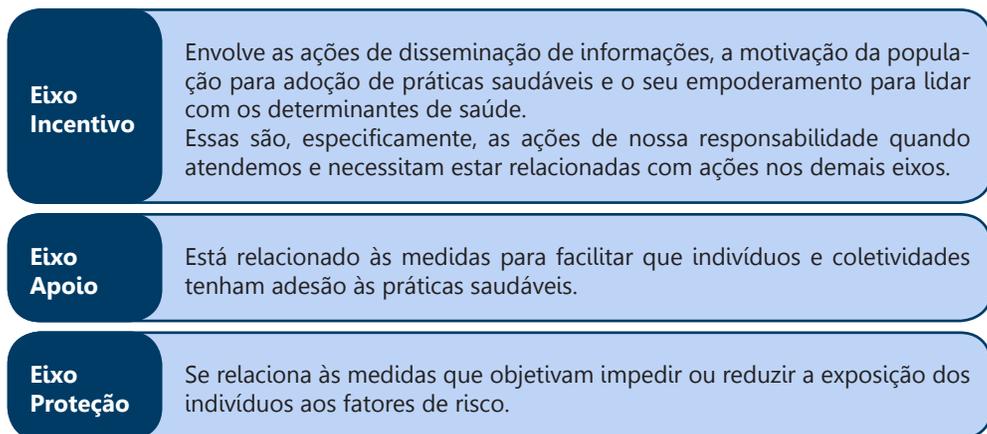


Figura 6: Eixos de atuação das práticas interssetoriais na APS.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

O principal foco dessas medidas interssetoriais, em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), deve ser na promoção da alimentação adequada e saudável; controle de fatores de risco, como o sobrepeso/obesidade; tabagismo e inatividade física.



SAIBA MAIS!

Você conhece a **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**? Se você ainda não leu o documento, acesse aqui.



1.3. Determinantes Sociais de Saúde nas DCNT

As condições de saúde da população são influenciadas por diversos fatores e podemos destacar, dentre eles, as condições sociais e econômicas. Boa parte das doenças que acometem a população ocorrem por questões relacionadas ao ambiente

em que elas estão inseridas – onde elas vivem, trabalham e envelhecem (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esse agrupamento de fatores que influenciam as condições de saúde é chamado Determinantes Sociais de Saúde (DSS), termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais de saúde.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), ampliou o conceito de DSS quando integrara, para além das condições onde as pessoas vivem, trabalham e envelhecem, os fatores étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que levam à ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNSDD, 2005).

Essa concepção de DSS teve a sua gênese no fim da década de 1970 e início da década de 1980, quando as intervenções de saúde ocorriam com pouco foco na sociedade e de maneira limitada (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Um dos seus principais argumentos foi o de que a proteção à saúde dos indivíduos não pode ser determinada apenas pela atenção médica, o conceito de DSS se relaciona aos "fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes" (LONDON HEALTH COMMISSION, 2004, p. 6).

Os DSS apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde. Esses têm influência desde o contexto individual até a coletividade na qual ele se insere. Dessa forma, não há como avaliar apenas as doenças e os fatores de risco a elas relacionadas, porque não se pode estabelecer uma hierarquia (sociais, econômicas, políticas) de determinações entre os DSS e a saúde de grupos e pessoas. Não existe uma relação simples direta de causa-efeito para o processo saúde-doença.

No contexto em que as DCNT figuram entre as principais causas de morte no mundo e estão intimamente relacionadas ao modo como as pessoas vivem e se relacionam, torna-se imprescindível compreender a gênese dessa condição sob a ótica da complexidade e dinamicidade que o indivíduo está inserido. O surgimento da DCNT está associado a múltiplos fatores, a saber: os biopsicossociais, que são condições biológicas, genéticas, psicológicas, sociais e culturais; e os ambientais, que envolvem aspectos da vida como renda, educação, criminalidade, redes de apoio social (o chamado ambiente social), bem como todo o espaço físico construído ou modificado pela ação humana que colabora ou não para comportamentos saudáveis (ambiente construído) e não apenas ao indivíduo e suas escolhas. Assim, esses fatores são tanto parte do problema, quanto parte da solução (BRASIL, 2014).

O modo de viver contemporâneo, com a sua falta de tempo, alimentação inadequada, pouca ou nenhuma atividade física e longas horas na frente das telas, têm determinado uma combinação que não favorece a promoção da saúde. A gênese desse modo de viver atual é constituída pela história capitalista que permeia a nossa vida em sociedade, marcada pela reestruturação produtiva que impacta diretamente o cotidiano e o modo de vida da população (DIAS et al., 2017). Não há como não dissociar o crescimento exponencial nos índices de obesidade e outras doenças crônicas com os acontecimentos históricos que se relacionam, principalmente, com a questão alimentar vivida. A revolução industrial e o capitalismo trouxeram consigo o êxodo rural, o crescimento desenfreado das cidades, da economia de mercado e mudou a forma como as pessoas se alimentam, têm lazer, se relacionam umas com as outras, entre outros.

Desse modo, propor intervenções em saúde – no sentido de modificar os determinantes de saúde de forma ampliada – tem se tornado um imperativo diante da pouca resolutividade das intervenções focadas apenas no atendimento individualizado. As estratégias precisam ser feitas intersetorialmente e de forma integrada, no sentido de extrapolar as medidas centradas no indivíduo, como ocorre no atendimento clínico e cirúrgico (DIAS et al., 2017; SCHERER, 2015).

Ao longo do tempo foram propostos diversos modelos para esquematizar os DSS, contudo, o modelo mais comumente utilizado para representa-lo é o proposto por Dahlgren e Whitehead (GUNNING-SCHEPERS, 1999), que apresenta um esquema em camadas das relações entre os diversos DSS. A camada mais interna é referente aos determinantes individuais; já a camada mais externa, representa o que os autores chamam de macrodeterminantes (**Figura 7**).

Na base, camada mais interna, estão os indivíduos com suas características de idade, de sexo e os fatores genéticos, os quais, de maneira óbvia, influenciam suas condições de saúde. A segunda camada representa o estilo de vida e o comportamento individual. Tal camada se encontra no limiar entre os fatores que são mais relativos à individualidade e os DSS, já que alguns comportamentos individuais podem também ser considerados DSS, uma vez que estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como as mídias sociais, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis, espaços de lazer, entre outros. Na terceira camada estão representadas a influência das redes de apoio e/ou comunitárias, que expressam em maior ou menor proporção o nível de coesão social, parte fundamental para a saúde da população de forma geral. O quarto nível representa os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho,



Figura 7: Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.

Fonte: Adaptado de GUNNING-SCHEPERS, L. J., 1999, p. 11.

à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Nesse nível a questão social tem um peso maior, pois as diferenças sociais provocam maiores exposições a piores condições de moradia, trabalho, estresse e menor acesso aos serviços de saúde. Por fim, no quinto e último nível, estão retratados os macrodeterminantes. Essas são as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Essa camada apresenta grande influência sobre as demais, visto que representa também questões políticas e econômicas que são relativas aos países.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre os outros modelos propostos para os DSS acesse o livro digital **Políticas de Alimentação, Nutrição e Saúde no Controle da Obesidade**, disponível aqui.



No Brasil, Buss e Pellegrini Filho (2007), pesquisando sobre como os DSS podem provocar iniquidades, organizaram os DSS em quatro pontos de vista:

1. considera aspectos físico-materiais;
2. privilegia aspectos psicossociais;
3. enfoques ecossociais; e
4. perspectivas multiníveis.

A primeira análise considera que as diferenças de renda interferem na saúde individual e coletiva. Esse fato acontece pela falta de recursos financeiros pessoais para a manutenção da saúde, e também por falta de investimentos por parte de órgãos governamentais em educação, transporte, habitação, saneamento, entre outros. Sob a segunda ótica, tem-se o pressuposto de que as experiências das pessoas, ou seja, as suas percepções de desigualdade, provocam estresses e prejuízos à saúde. As outras duas óticas trazem uma abordagem mais ampla, integrando as visões – individual, de grupo, social e biológica – de forma dinâmica e ecológica.

A partir do que você leu até aqui, podemos entender que as intervenções em saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, as condições de saúde e os agravos, devem ser feitas com o foco na modificação dos DSS. A reorganização dos serviços de saúde brasileiros a partir da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e das linhas de cuidado, favorecem uma abordagem ampliada, intersetorial e integrada para as DCNT. Ademais, políticas públicas relacionadas à perspectiva socioambiental e de Sistemas Alimentares que promovam a alimentação adequada e saudável, estimulando circuitos curtos de alimentação e feiras livres, preferencialmente agroecológicas e orgânicas, são necessárias para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dessas doenças (DIAS et al., 2017; SCHERER, 2015).

Uma boa condição de saúde reflete nos outros aspectos da vida, como o bem-estar, a educação, a harmonia social, a preservação dos ecossistemas, além de contribuir para uma melhor produtividade e desenvolvimento econômico proporcionando um feedback positivo, em que a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tomando como exemplo o modelo de camadas de Dahlgren e Whitehead, Buss e Pellegrini Filho (2007) descrevem algumas propostas de políticas que podem ser adotadas para intervir nos DSS (**Figura 8**).

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

Primeiro nível: políticas devem ser construídas para promover modificações no comportamento dos indivíduos, seja por meio de intervenções educativas, por construção de espaços públicos que estimulem a atividade física ou por proibições de propagandas relacionadas ao uso de tabaco, de álcool e de ultraprocessados.

Segundo nível: políticas devem incluir o fortalecimento das organizações e da participação social, para torná-los atores sociais e participantes ativos das decisões.

Terceiro nível: as responsabilidades são de atores distintos e devem acontecer de maneira a propiciar uma ação integrada entre eles. Foco das políticas devem ser na melhoria das condições de saneamento básico, habitação adequada, empregos seguros e realizadores, ambientes de trabalho saudáveis, acesso a alimentos saudáveis e nutritivos, educação e serviços de saúde e qualidade.

Quarto nível: políticas de cunho macroeconômico. Devem acontecer por meio de uma cultura de paz e solidariedade, promover o desenvolvimento sustentável e reduzir as desigualdades sociais, econômicas, a violência e a degradação do ambiente.

Figura 8: Propostas de possíveis políticas para intervir nos DSS.

Fonte: Adaptado de Buss; Pellegrini Filho, 2007.



PARA REFLETIR!

Você consegue pontuar, no seu território, a presença dos principais Determinantes Sociais relacionados às DCNT? Quais são as intervenções realizadas sobre eles?

Referências

- AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; DA SILVA, Marcos Antônio; REIS, Tomás Collo-del Magalhães. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 28, n. 63, p. 55-66, 2019.
- AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1333-1356, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 84p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, 2014. 212p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

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/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2022.**

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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Estratégia inter-setorial de prevenção e controle da obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.
- CARTA DE OTTAWA. **Ottawa**: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38. ISBN 978-85- 8110-016-6.
- COMISSÃO de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde - Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde** (rascunho). Maio, 2005.
- CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (Ed.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.
- GÖRAN, Dahlgren; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. 1991. Disponível em: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187797/GoeranD_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 jan. 2022.
- DIAS, Patricia Camacho et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00006016, 2017.
- GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence-based policy. **Journal of Epidemiology Community Health**, n. 53, p. 263, 1999.
- HEIDMANN, Ivonete T S et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, n. 15, v. 2, abr-jun, p. 352-358, 2006.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo (SP): McGrawHill do Brasil; 1976.
- LONDON HEALTH COMMISSION. **Health in London**: review of the London health strategy high-level indicators. London, 2004. Disponível em:
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde

de da família. 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SCHERER, Patrícia Teresinha. **O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS**. 198f. 2015. Tese (Doutorado em Serviço social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2015.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 193-205, 2016.

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. Health Promotion. In: **Health Care in Canada**. Ottawa, 1992. p.161-181.

WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. O conceito “Intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014.



CAPÍTULO 2
**AMPLIANDO O OLHAR
SOBRE A ALIMENTAÇÃO**
Eloar dos Santos Freitas, Luiza Delazari Borges,
Helen Hermana Miranda Hermsdorff, Milene Cristine Pessoa

2.1. Sistemas Alimentares

A alimentação compreende todas as fases da cadeia de produção, que se inicia com a obtenção do alimento no campo e vai até a sua chegada à mesa do consumidor. A alimentação adequada é um direito de todo ser humano e está diretamente relacionada a existência de Sistemas Alimentares social e ambientalmente sustentáveis, uma vez que eles repercutem diretamente na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). O fornecimento de alimentos saudáveis, de qualidade e em quantidade suficientes, acessíveis, seguros e culturalmente aceitáveis, constituem elementos da SAN.



GLOSSÁRIO

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

Segurança Alimentar e Nutricional: “realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e

que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006, art. 3).

Soberania Alimentar: “direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica. Coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado” (BRASIL, 2008, p. 24).

Alimentação adequada e saudável: é “a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e as necessidades alimentares especiais, pautada pelo referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados” (CONSEA, 2007, p. 20).



SAIBA MAIS!

Acesse aqui o vídeo do Ministério da Cidadania, que trata de materiais e ações que auxiliam na garantia da SAN.



As discussões acerca dos Sistemas Alimentares têm crescido nos últimos tempos e são de extrema relevância, levando-se em conta as evidências que mostram a relação entre a persistência da insegurança alimentar e nutricional e a degradação ambiental. Há algumas décadas, dizia-se que a fome era resultado da escassez de alimentos e que era necessário aumentar a produção agrícola; no entanto, a literatura aponta que há alimentos em quantidades suficientes para alimentar a população atual e as futuras gerações (PONISIO et al., 2015; REGANOLD; WATCHER, 2016; INGRAM, 2011; GODFRAY et al., 2010). Outra questão apontada é a utilização dos recursos naturais de maneira abusiva e predatória pela produção agrícola intensiva, o que afeta fortemente o meio ambiente (FAO, 2017; DE LAURENTIIS; HUNT; ROGERNS, 2016). Nesse sentido, essas duas questões complexas devem ser tratadas

de forma conjunta e ordenada para se solucionar de forma eficiente os problemas alimentares (INGRAM, 2011).

O atual sistema alimentar global é chamado de hegemônico, no qual o modelo de produção é baseado na larga escala de propriedade, de tecnologia e voltado para produção de *commodities*, monopolizando a maior parte das terras e dos recursos públicos destinados à agropecuária. Esse sistema é insustentável, pois visa grande lucratividade ao considerar os alimentos apenas como mercadoria (Figura 9). Os alimentos produzidos, em grande parte processados e ultraprocessados, utilizam muita energia para sua produção, além de necessitar de grandes terrenos. Além disso, os sistemas hegemônicos estimulam a monotonia alimentar, favorecem a distribuição de alimentos em poucos grandes grupos de hipermercados e supermercados, em detrimento das feiras livres e dos pequenos varejos, limitando a maior parte da população ao acesso a alimentos saudáveis e sustentáveis. Ademais, o elevado consumo de alimentos processados e ultraprocessados está associado ao desenvolvimento de doenças como obesidade, diabetes, hipertensão, câncer e outras DCNT (MARTINELLI; CAVALLI, 2019; OPAS, 2017).

	PRODUÇÃO	PROCESSAMENTO	COMERCIALIZAÇÃO	CONSUMO
SISTEMAS INSUSTENTÁVEIS	Agricultura sustentável	Elevado processamento	Cadeias longas	Consumo não sustentável
	Patronal	Retirada de nutrientes	Grande número de intermediários	Hábitos não saudáveis
	Monocultura	Refinamento	Longas distâncias	Indisposição para comprar produtos sustentáveis
	Transgênicos	Adição de gordura trans	Desvalorização dos produtos locais	Elevado consumo de alimentos ultraprocessados
	Agrotóxicos	Adição de aditivos e conservantes	Preços elevados	Busca por alimentos de rápido preparo
	Criação intensiva de animais	Aditivos baseados em subprodutos de soja e milho	Valorização de grandes redes varejistas	Alimentação não diversificada
	Elevado desperdício: alimentos, energia, água			
SISTEMAS SUSTENTÁVEIS	Agroecologia	Baixo processamento	Cadeias curtas	Consumo sustentável
	Agricultura familiar	Manutenção dos nutrientes	Nenhum ou pequeno número de intermediários	Alimentos frescos, agroecológicos
	Diversificada	Processamento mínimo	Proximidade do produtos e do consumidor	Disponibilidade para comprar produtos sustentáveis
	Orgânicos	Sem adição de gordura trans	Comércio justo e economia solidária	Compra direta de agricultores familiares
	Sazonais	Sem adição de conservantes	Valorização do produto e do produtor	Alimentos regionais, tradicionais, diversificados
	Integração lavoura-pecuária-floresta	Sem outros aditivos alimentares	Confiança no produtor	Habilidades culinárias
	Baixo desperdício: alimentos, energia, água			

Figura 9: Principais contrapontos de sistemas alimentares insustentáveis e sustentáveis.

Fonte: MARTINELLI; CAVALLI, 2019, p. 4254.

É essencial a transição do sistema alimentar hegemônico para um sistema sustentável, seja pelos impactos ambientais ou da saúde da população mundial. Existem cinco categorias principais de motivadores/condutores de mudanças no sistema alimentar, denominados de *drivers* (INGRAM, 2011). A implicação de cada *driver* é consequência do tipo de sistema alimentar em questão, o tipo de atores envolvidos e o tipo de ações e políticas estabelecidas (NESHEIM et al., 2015). O **Quadro 2** sumariza quais são esses *drivers* e o que eles incluem em sua abrangência.

Quadro 2: *Drivers* do sistema alimentar no contexto das DCNT

Drivers	O que incluem e o que representam	Exemplos no contexto das DCNT
Biofísico e ambiental	Inclui os recursos naturais, os serviços ecossistêmicos e as alterações climáticas. Diante da necessidade da produção de alimentos nos recursos naturais e ecossistemas e a ocorrência de mudanças climáticas, cabe aos sistemas alimentares se adaptarem a essas mudanças e ajudar de forma expressiva na sua diminuição.	As alterações climáticas, o aumento da gravidade e a frequência de desastres naturais acarretam em impactos na produção agrícola, na fertilidade do solo, rendimento das culturas, produtividade florestal e animal, principalmente em regiões mais vulneráveis e de poucos recursos. Isso acarreta em menor resiliência climática, menor poder econômico das populações e, consequentemente, diminuição no acesso a alimentos nutritivos e saudáveis, contribuindo para maiores riscos de desenvolvimento de DCNT.
Inovação, tecnologia e infraestrutura	Inclui as inovações, a utilização e desenvolvimento de tecnologias já existentes, bem como a infraestrutura adequada são necessárias para a construção de sistemas alimentares mais saudáveis e sustentáveis e garantia da segurança alimentar e nutricional para as populações, principalmente, na atual conjuntura de mudanças climáticas.	Para serem transportados os alimentos precisam de infraestrutura adequada, como estradas, ferrovias e canais de navegação em boa conservação de utilização. Se a infraestrutura de transporte local for precária, impactará no acesso ao alimento e dificultará que a população venha a ter uma alimentação adequada e saudável, o que acarretará maiores chances de má nutrição e desenvolvimento de DCNT.
Político e econômico	Inclui a liderança, a globalização, o investimento estrangeiro e comércio, as políticas e os programas de alimentação, a posse da terra, os preços e volatilidade dos alimentos, as questões geopolíticas, os conflitos e as crises humanitárias. Esses componentes do <i>driver</i> político e econômico são essenciais para a construção de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis. Os gestores/líderes devem trabalhar com ferramentas de governança que sejam inclusivas e de forma compromissada e responsiva nas questões que necessitam de uma vontade política significativa.	Quais ações os líderes políticos e gestores podem tomar para diminuir o impacto dos preços dos alimentos em decorrência, por exemplo, da pandemia da Covid-19 e da guerra na Ucrânia x Rússia? O grande aumento dos preços dificulta o acesso da população a alimentos saudáveis, o que leva a desfechos negativos na nutrição e desenvolvimento de possíveis DCNT nas pessoas.

continua...

...continuação

Sociocultural	<p>Inclui a cultura, a religião, os rituais, as tradições sociais e o empoderamento das mulheres. A cultura e as tradições estão sempre moldando os sistemas alimentares e vice-versa, nossas escolhas alimentares são resultado da cultura, religião e normas sociais. As relações de gênero estão sempre presentes no ambiente alimentar, já que é recorrente as mulheres cuidarem e decidirem acerca da alimentação da família e terem uma influência grande nos padrões alimentares e estado nutricional das crianças. Porém, há implicações negativas para as mulheres, já que muitas vezes o trabalho com a família é desigualmente distribuído, não há empoderamento e seus conhecimentos são desvalorizados devido a normas sociais.</p>	<p>As escolhas e o comportamento alimentar das pessoas, também são resultados de tradições e culturas sociais que fazem parte da identidade das pessoas trazendo seus valores e crenças. Mesmo levando em conta esse fato, observa-se, nas últimas décadas, que a cultura do consumo vem aumentando e está ligada e sendo determinante na vida de muitas pessoas. Esse fato pode moldar a oferta, certas políticas governamentais, interesses comerciais e, conseqüentemente, a demanda e as escolhas do consumidor, que opta muitas vezes por alimentos ultraprocessados em sua rotina, ocasionando possíveis DCNT com o tempo.</p>
Demográficos	<p>Inclui crescimento populacional, mudança na distribuição de idade, urbanização, migração e deslocamento forçado. Em decorrência do crescimento da população e das mudanças demográficas, as necessidades dietéticas estão evoluindo e as questões relacionadas à sustentabilidade e evolução dos meios de subsistência ficando cada vez mais relevantes, sendo necessária essa incorporação nas discussões sobre sistemas alimentares.</p>	<p>O intenso processo de urbanização leva ao aumento do consumo e demanda por uma maior diversidade de alimentos, pressionando os sistemas alimentares. As ações a serem tomadas para suprir as necessidades das populações diante da urbanização, requerem atenção dos governos e um planejamento cuidadoso, pois o ambiente urbano construído pode possibilitar poucas opções de alimentos nutritivos e acessíveis ocasionando na má nutrição e DCNT.</p>

Fonte: Adaptado de HLPE, 2017; Nesheim et al., 2015.

2.2. Constituintes do Sistema Alimentar

Os três principais elementos constituintes do sistema alimentar, são: a cadeia de abastecimento de alimentos, os ambientes alimentares e o comportamento do consumidor. Tais elementos orientam os padrões dietéticos e são determinantes para o estado nutricional, a saúde da população e para resultados econômicos e sociais dos sistemas alimentares. É importante destacar que esses elementos são influenciados pelos drivers de mudanças no sistema alimentar, como pode ser observado na **Figura 10**, que explica e exemplifica cada elemento.

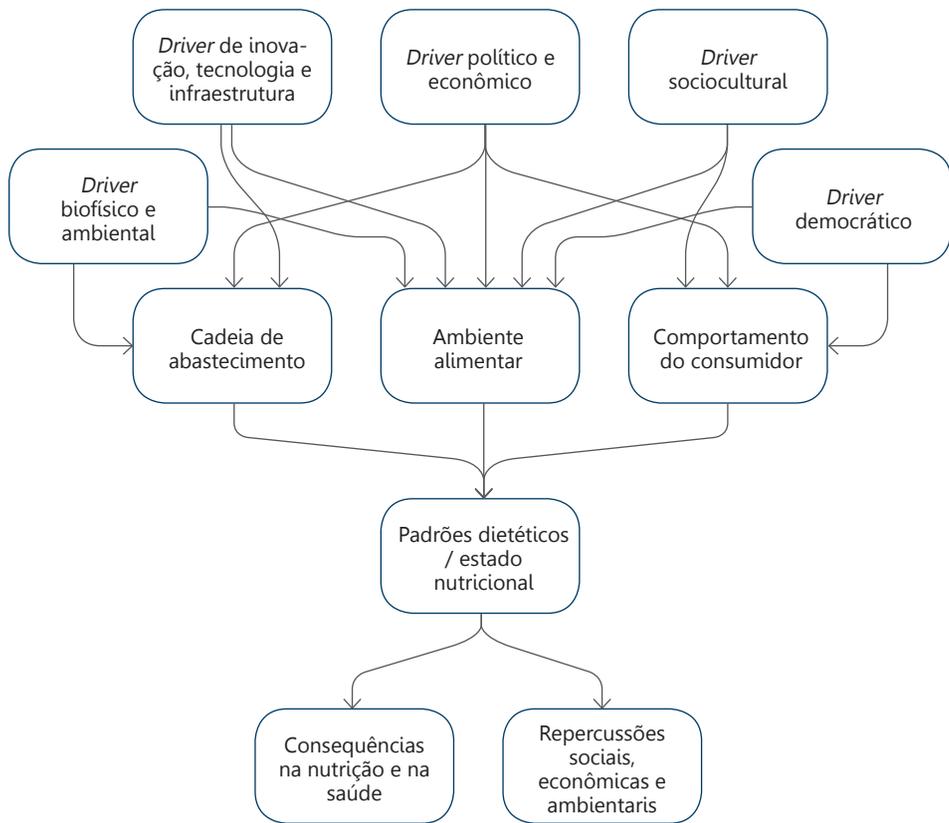


Figura 10: Interação dos drivers de mudanças do sistema alimentar com os seus constituintes.

Fonte: Adaptado de HLPE, 2017.

2.2.1. Cadeia de abastecimento de alimentos

A cadeia de abastecimento dos alimentos consiste em todas as atividades, etapas e sujeitos envolvidos que levam os alimentos da produção para consumo e destino final de seus resíduos (HAWKES et al., 2012). Tais atividades e etapas vão desde a produção ao consumo de alimentos, incluindo as atividades de armazenamento, distribuição, processamento, embalagem, varejo e *marketing*. O gerenciamento dessas etapas terá impacto na quantidade e na qualidade dos alimentos produzidos, abrangendo aspectos sensoriais, nutricionais e de segurança higiênico-sanitária.

Cada etapa das cadeias de abastecimento envolve diferentes sujeitos, que podem ser de grande ou pequena escala e tanto públicos, quanto privados. Tais sujeitos

sofrem influência das etapas de armazenamento, distribuição, processamento, embalagem, varejo e *marketing*, também denominadas de *drivers* (PORTER; MILLAR, 1985). Decisões tomadas em determinada fase das etapas geram consequências em outras (HLPE, 2014a) e refletem na produção e processamento dos alimentos ao longo da cadeia (DOWNS; FANZO, 2016), bem como na disponibilidade, acesso, utilização, estabilidade e valor nutricional dos alimentos.



SAIBA MAIS!

Para conhecer melhor cada etapa da cadeia de abastecimento de alimentos, acesse aqui capítulo 4 do livro digital **Políticas de alimentação, nutrição e saúde no controle da obesidade**.



2.2.2. Comportamento do consumidor

O comportamento do consumidor engloba escolhas feitas por eles, desde quais alimentos adquirir, armazenar, preparar e comer, até mesmo na escolha da alocação desses produtos dentro do domicílio.

Diversos fatores influenciam no modo como as pessoas interagem com o ambiente alimentar e realizam as suas escolhas alimentares, dentre eles podemos citar cognições, aspectos biológicos, preferências pessoais determinadas pelo gosto, valores, cultura, experiências, conveniência e situações sociais. Ademais, a disponibilidade de alimentos no domicílio, bem como a facilidade de acesso a eles também apresentam papel importante nas escolhas.

Nesse sentido, é de suma importância que os alimentos saudáveis estejam em locais de fácil acesso no domicílio. Entretanto, a mudança de comportamento individual é difícil de ser alcançada quando não se considera o contexto no qual as pessoas estão inseridas, uma vez que o comportamento do consumidor é moldado pelo ambiente alimentar. Mudanças coletivas no comportamento do consumidor podem abrir caminhos para Sistemas Alimentares mais sustentáveis que melhoram a SAN e a saúde.

2.2.3. Ambiente Alimentar

O ambiente alimentar é a relação do indivíduo com o sistema alimentar, englobando os espaços naturais e construídos, seus diversos aspectos e influências. Um indivíduo está inserido em determinado ambiente alimentar, que possui características complexas que estimulam a compra e o consumo de diferentes alimentos.



FIQUE LIGADO!

Uma pessoa que mora longe de mercados pode ser estimulada a comprar mais alimentos ultraprocessados para estocar em casa, uma criança pedirá os produtos que a publicidade mais lhe chamar a atenção e indivíduos de grandes metrópoles podem não ter acesso fácil à alimentos in natura, orgânicos e com um preço acessível. Como você descreveria o ambiente alimentar no qual você está inserido? O que te faz escolher os locais de compra? Quais alimentos você habitualmente compra? Pense um pouco sobre os aspectos que te influenciam a adquirir e consumir alimentos.

Também há de se considerar a venda de alimentos no formato de delivery, que permite a aquisição de diferentes tipos de preparações através de aplicativos. Em busca de praticidade e segurança, o número de compras por meios digitais vem crescendo em todo o mundo.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre o impacto do ambiente alimentar digital no consumo, leia aqui a reportagem elaborada pelo portal **O Joio e o Trigo**.



A relação entre o ambiente alimentar e seus elementos chaves é complexa, corroborando que o consumo alimentar está longe de ser determinado apenas por escolhas pessoais, mas é influenciado pelas mudanças nos ambientes e da globalização dos sistemas alimentares. A mudança nos ambientes alimentares para estimular dietas saudáveis e sustentáveis deve ser realizada por políticas públicas. As principais ações devem ser efetivas e vir de níveis mais amplos, como a regulamentação de mercado e mídias, maior taxação de produtos ultraprocessados, subsídios para

os pequenos produtores, disponibilidade de equipamentos de segurança alimentar e nutricional (feiras, bancos de alimentos, centros de abastecimentos, entre outros) e programas de alimentação para grupos específicos (como de escolares e trabalhadores).



PARA REFLETIR!

Quais ações que você, profissional do SUS, poderia desenvolver ou propor para mudar o ambiente alimentar do município onde você atua?

2.2.3.1. Ambiente Alimentar para uma Alimentação Sustentável

Os três componentes dos sistemas alimentares discutidos anteriormente afetam a capacidade dos consumidores de adotar uma alimentação adequada e sustentável, com baixo impacto ambiental e que, além disso, contribui para a SAN e para uma vida saudável das gerações presentes e futuras. Ademais, uma alimentação sustentável precisa proteger e respeitar a biodiversidade e ecossistemas, ser culturalmente aceitável e acessível, justa e acessível do ponto de vista econômico, adequada nutricionalmente, segura e saudável, como também otimizar recursos naturais e humanos (HLPE.,2020; HLPE.,2017;). Assim, precisamos entender que saúde humana não está dissociada da saúde do ecossistema, ambas caminham juntas e em equilíbrio.



PARA REFLETIR!

Você já pensou em como suas ações impactam no meio ambiente? E em como as ações globais, em seus mais diferentes níveis (comunidade, indústrias, governos) atuam para a proteção ou destruição do planeta?



SAIBA MAIS!

Acesse aqui o vídeo do teólogo Leonardo Boff sobre **Ética e Ecologia – Desafios do Século XXI**.



Dessa forma, o ambiente alimentar é o local propício para a implementação de intervenções, por ser o local onde o indivíduo decide o que vai adquirir e consumir. Também é local capaz de apoiar alimentações saudáveis e sustentáveis ou não. No entanto, o atual conceito de ambiente alimentar não integra a sustentabilidade e não descreve os diferentes tipos de ambientes nessa perspectiva, o que, facilitaria a identificação de pontos de entrada para o suporte da alimentação sustentável.

Em virtude desse cenário, Downs e colaboradores (2020) propuseram uma definição expandida do ambiente alimentar que se remete às definições anteriores em sua clareza e incorpora a importante característica da sustentabilidade, na qual “o ambiente alimentar é a interface do consumidor com o sistema alimentar que engloba a disponibilidade, facilidade de uso, conveniência, promoção, qualidade e sustentabilidade de alimentos e bebidas em espaços selvagens, cultivados e construídos que são influenciados pelo ambiente sociocultural e político e pelos ecossistemas em que estão inseridos”, como apresentado na **Figura 11** e **Quadros 3 e 4**.

Assim, as intervenções para promoção da alimentação sustentável podem ter como alvo diferentes pontos do sistema alimentar, desde a produção, processamento e distribuição, até o ambiente alimentar, preparação, consumo e desperdício de alimentos. As ações podem ocorrer nas mudanças de políticas públicas, nas atividades de educação alimentar e nutricional (EAN), intervenções ambientais, entre outros.



Figura 11: O ambiente alimentar no sistema alimentar ampliado.

Fonte: Adaptado de Downs, 2020.

Quadro 3: Descrição dos elementos-chave do ambiente alimentar e exemplos de como podem auxiliar na redução de risco para DCNT

Descrição dos elementos-chave do ambiente alimentar	Elementos-chave do ambiente alimentar na redução de risco para DCNT
Disponibilidade: Diz respeito a presença de um alimento/bebida em um determinado espaço físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da presença de alimentos in natura e minimamente processados por meio de mercados locais e feiras em todos os bairros das cidades. • Valorização de alimentos característicos do local e sazonais
Acessibilidade: Refere-se aos fatores econômicos, preços de itens alimentares em comparação a outros alimentos ou a um padrão de renda definido (ex: % de renda mínima ou % de da linha de pobreza).	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à produção de alimentos locais para aumento da sua oferta e redução dos custos • Incentivo a compra direta e, ou, indireta da agricultura familiar local. • Valorização de alimentos da safra e da região.
Promoção: É definida pela apresentação, comercialização e forma como um item alimentar é promovido, rotulado e projetado para influenciar a sua conveniência.	<ul style="list-style-type: none"> • Publicidade de alimentos in natura, minimamente processados e preparações culinárias e de alimentos provenientes da agricultura familiar em mídia impressa, rádios, televisão, mídias sociais e eventos esportivos. • Planejamento de combos com ofertas especiais e cupons de descontos para compra de verduras, frutas e legumes.
Qualidade: São as características externas dos alimentos (se estão frescos, íntegros, seguros, e com a composição nutricional e fitoquímica preservada, bem como as características sensoriais).	<ul style="list-style-type: none"> • Certificação e conferência se todas as características dos alimentos estão presentes e bem asseguradas de acordo com as devidas legislações.
Conveniência: Se refere ao custo de tempo para obter, preparar e consumir um alimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento da infraestrutura de transporte dos alimentos e da população ao mercado. • Incentivo à produção de alimentos locais e feiras livres em todos os bairros das cidades. • Aumento da utilização de entrega delivery.
Propriedades sustentáveis: São os impactos ambientais e sociais associados aos alimentos. A medida que a sustentabilidade pode ser observada pelos consumidores pode também influenciar as escolhas alimentares.	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos locais e sazonais. • Estímulo e campanhas para diminuição do uso de embalagens plásticas. • Diminuição dos níveis de desperdício de alimentos.

Fonte: Adaptado de Downs et al., 2020.

Quadro 4: Definição dos tipos de espaços/ambientes alimentares

Definição dos tipos de espaços/ambientes alimentares	
Ambiente alimentar natural: conhecidos como ambientes alimentares de subsistência, se dividem em ambiente alimentar selvagem e cultivado.	
Ambiente alimentar selvagem: incluem as florestas e selvas, pastagens abertas e regiões aquáticas.	Ambiente alimentar cultivado: incluem campos, jardins e pomares.
Ambiente alimentar construído: conhecidos como ambientes alimentares de varejo e são representados por ambientes alimentares formais e informais. São os ambientes mais comuns nas cidades.	
Ambientes alimentares informais: aqueles que não são regulamentados pelos governos e incluem vendedores ambulantes, quiosques e vendedores móveis.	Ambientes alimentares formais: são regulamentados pelos governos em que os vendedores anunciam suas localizações e preços e incluem hipermercados, supermercados e varejistas, bem como restaurantes, lojas online, instituições de compras públicas etc.

Fonte: Adaptado de DOWNS et al, 2020; AHMED et al, 2017; GÓMEZ; RICKETTS, 2013; FAO, 2003.

2.2.3.2. Metodologia e ferramentas para medir as propriedades/elementos do ambiente alimentar

No campo prático, a metodologia mais aplicada para avaliação do ambiente alimentar no território é a observação direta do ambiente. Nesse sentido, sugere-se que os profissionais de saúde, como primeiro passo, façam um levantamento de todos os estabelecimentos que comercializam alimentos no território em que atuam e em seguida os classifiquem em estabelecimentos que comercializam alimentos predominantemente saudáveis ou não saudáveis. No Brasil, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) realizou o *Estudo técnico: Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil*, que teve por objetivos mapear e descrever o comércio varejista de alimentos. Os estabelecimentos que comercializam alimentos foram classificados em três categorias: “estabelecimentos de aquisição de alimentos in natura”, “estabelecimentos de aquisição de alimentos ultraprocessados” e “estabelecimento mistos”. Os profissionais de saúde podem utilizar a classificação que está resumida no **Quadro 5**.

Quadro 5: Classificação dos tipos de estabelecimentos que comercializam alimentos

Tipos de estabelecimentos	Definição	Exemplos
Estabelecimentos de aquisição de in natura ou minimamente processados	Estabelecimentos que a aquisição desses alimentos representam mais de 50% do total de alimentos comercializados.	Hortifrutigranjeiros, açougues, peixarias.
Estabelecimentos de aquisição de ultraprocessados	Estabelecimentos em que em que os alimentos ultraprocessados correspondem a mais de 50% de todos os alimentos comercializado.	Lanchonetes, lojas de doces, bares.
Estabelecimentos do tipo misto	Estabelecimentos em que não existe predominância de um tipo específico de alimento.	Restaurantes, padarias, laticínios, mercearias, supermercados e hipermercados

Fonte: Adaptado de de Caisan, 2018.

Após fazer o levantamento dos estabelecimentos, os profissionais de saúde podem esquematizá-los no mapa do território em que atuam. Isso ajuda na visualização dos principais pontos de ofertas de alimentos e pode servir de orientação, indicando onde cada família tem acesso a alimentos saudáveis, bem como compreender uma possível escolha por alimentos não saudáveis, com base na disponibilidade. É importante também avaliar a presença de feiras livres e de comércio informal nos bairros. Esse diagnóstico, além de contribuir na orientação das famílias, serve de guia para os gestores mobilizarem esforços intra e intersetorialmente na melhoria do ambiente alimentar, no que se refere à disponibilidade de alimentos saudáveis.

Outro importante aspecto é a avaliação econômica dos alimentos ofertados à população adscrita no território. Os profissionais de saúde podem realizar uma avaliação de preço dos alimentos/produtos mais consumidos pela população geral. Nesse sentido, é importante fazer uma breve lista de verificação de itens com a presença desses alimentos mais consumidos e seguir para a observação e anotação dos preços. Tal avaliação diz respeito à acessibilidade aos alimentos, uma dimensão de extrema relevância, sobretudo, em tempos de crise econômica e aumento da insegurança alimentar e nutricional.

Outra ferramenta que pode ser utilizada, são entrevistas realizadas com moradores do território sobre suas percepções acerca da aquisição de alimentos, sobre refeições fora de casa e hábitos sobre alimentos. Um modelo de entrevista é apresentado no **Quadro 6**.

Quadro 6: Pesquisa sobre o Ambiente Alimentar

Perguntas sobre compra de alimentos	
Você concorda ou discorda das seguintes afirmativas:	
É fácil comprar frutas e verduras frescas em sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
Os legumes, as verduras e as frutas frescas em sua vizinhança são de boa qualidade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
Há muitas opções de frutas e de verduras frescas em sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
É fácil comprar produtos com baixa quantidade de gordura, como leite semidesnatado, desnatado e carnes magras em sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
Os produtos com baixa quantidade de gordura, em sua vizinhança, são de alta qualidade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
Há muitas opções de produtos com baixa quantidade de gordura em sua vizinhança.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo pouco <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo pouco <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
Com que frequência você costuma fazer as compras de alimentos? (considere compras em estabelecimentos como supermercados, mercearias, entre outros).	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez a cada duas semanas <input type="checkbox"/> Uma vez por mês <input type="checkbox"/> Outra (favor especificar): _____
Em quantos estabelecimentos você faz a maior parte das suas compras de alimentos? (considere compras em estabelecimentos como supermercados, mercearias, entre outros)	<input type="checkbox"/> Um estabelecimento <input type="checkbox"/> Dois estabelecimentos <input type="checkbox"/> Mais de dois estabelecimentos
Qual é o tipo de estabelecimento em que você compra a maior parte dos seus alimentos? (Escolha a melhor resposta)	<input type="checkbox"/> Supermercado <input type="checkbox"/> Mercearia, armazém ou mercados de bairro <input type="checkbox"/> Feira ou sacolão <input type="checkbox"/> Açougue <input type="checkbox"/> Hipermercado (redes como: Walmart/BIG, Carrefour, Pão de Açúcar, Condor, Angeloni etc.) <input type="checkbox"/> Padaria <input type="checkbox"/> Outro (favor especificar): _____

continua...

...continuação

Pensando no local em que você compra a maior parte dos seus alimentos, como você geralmente vai até esse estabelecimento? (marque todas as opções que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Caminhando <input type="checkbox"/> De bicicleta <input type="checkbox"/> De ônibus ou outro transporte público <input type="checkbox"/> De carro (próprio) <input type="checkbox"/> De carro (carona) <input type="checkbox"/> De carro de aplicativo ou taxi <input type="checkbox"/> Peça por entrega (delivery) <input type="checkbox"/> Outro (favor especificar): _____
Quanto tempo levaria para ir da sua casa até o estabelecimento no qual você compra a maior parte dos seus alimentos, se você fosse caminhando?	<input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 21 a 30 minutos <input type="checkbox"/> 11 a 20 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 30 minutos
O quão importante é cada um dos seguintes itens na sua decisão de ir ao estabelecimento em que você compra a maioria dos alimentos?	
Ser perto da sua casa.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Ser perto ou no caminho de outros lugares que você frequenta.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Seus amigos/familiares compram nesse estabelecimento.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Ter variedade de opções de alimentos.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Ter alimentos de qualidade.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Ter bom preços dos alimentos.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Ser acessível pelo transporte público.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Muito importante
No estabelecimento no qual você compra a maior parte dos seus alimentos, o quão fácil ou difícil é encontrar esses tipos de alimentos?	
Frutas e vegetais frescos.	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil

continua...

...continuação

Frutas e vegetais enlatados ou congelados.	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Carnes magras (sem gordura).	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Doces e salgadinhos de pacote.	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Produtos com baixo teor de gordura (light e diet).	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Refrigerantes, sucos prontos (pó, concentrado, caixinha), outras bebidas adoçadas.	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
No estabelecimento no qual você compra a maior parte dos seus alimentos, como você avalia os preços de frutas e vegetais frescos?	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Qual o local em que você geralmente compra frutas, legumes e verduras? Marque todas que se aplicam	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Um pouco fácil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
Perguntas sobre Restaurantes / Refeições Fora de Casa	
Em uma semana comum, quantas vezes você faz uma refeição fora de casa, ou pega comida para viagem, em...	<input type="checkbox"/> Lanchonetes ou redes de fast-food (Mc Donald's, Burguer King, Subway, entre outros): ____ vezes por semana <input type="checkbox"/> Restaurante comum (por quilo, self service, à la carte): ____ vezes por semana <input type="checkbox"/> Outro tipo de "restaurante" (como food truck, cantina etc.): ____ vezes por semana. Por favor especificar o tipo: _____
Quanto tempo você levaria da sua casa até lanchonetes ou redes de fast-food que você mais frequenta, se você fosse andando?	<input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 11 a 20 minutos <input type="checkbox"/> 21 a 30 minutos <input type="checkbox"/> mais de 30 minutos <input type="checkbox"/> Eu não como em lanchonetes ou em redes de <i>fast-food</i>
Quanto tempo você levaria da sua casa até o restaurante comum (por quilo, self service, à la carte) que você mais frequenta, se você fosse andando?	<input type="checkbox"/> 10 minutos ou menos <input type="checkbox"/> de 11 a 20 minutos <input type="checkbox"/> de 21 a 30 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 30 minutos <input type="checkbox"/> Eu não como em restaurantes comuns

continua...

...continuação

O estabelecimento em que você mais frequenta é...	<input type="checkbox"/> Lanchonete ou em rede fast-food <input type="checkbox"/> Restaurante comum (por quilo, self service, à la carte ou buffet livre) <input type="checkbox"/> Não frequento nenhum estabelecimento <input type="checkbox"/> Outro (favor especificar):
Seus hábitos e pensamentos sobre alimentos	
Nos últimos 12 meses, com que frequência você se preocupou em ter dinheiro suficiente para comer alimentos saudáveis?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Quase o tempo todo
Quanto preocupado (a) você é com o conteúdo nutricional dos alimentos que você consome?	<input type="checkbox"/> Nada preocupado(a) <input type="checkbox"/> Um pouco preocupado(a) <input type="checkbox"/> Mais ou menos preocupado(a) <input type="checkbox"/> Muito preocupado(a)
Quando você compra alimentos, o quão importante é para você...?	
O sabor.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O valor nutricional.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O custo.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
A facilidade de encontrar o alimento.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O controle de peso corporal.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
Quando você come fora em um restaurante, ou pede comida, o quão importante é para você...?	
O sabor.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O valor nutricional.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O custo.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
A facilidade de encontrar o alimento.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante
O controle de peso corporal.	<input type="checkbox"/> Nem um pouco importante <input type="checkbox"/> Um pouco importante <input type="checkbox"/> Muito importante

Fonte: Adaptado de Pires, 2021.

É importante ressaltar que devido a diferentes tipos de ambientes alimentares, as avaliações devem ser adaptadas a cada realidade e sempre inclusivas. Além disso, deve-se procurar incluir elementos de disponibilidade, de acessibilidade, de conveniência, de promoção, de qualidade e de sustentabilidade (DOWNS, 2020).

A melhoria dos ambientes alimentares com os quais os consumidores interagem, assim como o seu vínculo à sustentabilidade, levam a uma melhoria dos padrões alimentares. As adequadas caracterizações desses ambientes alimentares ajudam a descrever as mudanças que neles ocorrem ao longo das estações, sobretudo, no contexto das mudanças climáticas (DOWNS, 2020).

Referências

- AHMED, S.; HERFORTH, A. **Missing Wild and Cultivated Environments in Food Environment Measures**. 2017. Disponível em: <https://www.anh-academy.org/community/blogs/missing-wild-and-cultivated-environments-food-environment-measures>. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 143, n. 179, 2006. Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 02 fev. 2022.
- CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Relatório Final**. Brasília: CONSEA, 2007. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_alimentar_III/texto_base_3_conferencia_seguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

- DE LAURENTIIS, Valeria; HUNT, Dexter VL; ROGERS, Christopher DF. Overcoming food security challenges within an energy/water/food nexus (EWFN) approach. **Sustainability**, v. 8, n. 1, p. 95, 2016.
- DOWNS, Shauna M. et al. Food environment typology: advancing an expanded definition, framework, and methodological approach for improved characterization of wild, cultivated, and built food environments toward sustainable diets. **Foods**, v. 9, n. 4, p. 532, 2020.
- CERVANTES-GODOY, D. et al. **The future of food and agriculture: trends and challenges**. Food Agricult. Org. United Nations, Rome, Italy, Tech. Rep, 2014.
- FAO. Food and Agriculture Organization of The United Nations. **Food-based dietary guidelines**. 2017b. Disponível em: <http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary>. Acesso em: 08 nov. 2021.
- FAO. Food and Agriculture Organization of The United Nations. **The Informal Food Sector: Municipal Support Policies for Operators**; “Food in Cities” Collection, N.4; FAO: Rome, Italy, 2003. 92.
- GODFRAY, H. Charles J. et al. Food security: the challenge of feeding 9 billion people. **Science**, v. 327, n. 5967, p. 812-818, 2010.
- GÓMEZ, Miguel I.; RICKETTS, Katie D. Food value chain transformations in developing countries: Selected hypotheses on nutritional implications. **Food Policy**, v. 42, p. 139-150, 2013.
- HAWKES, Corinna et al. **Value chains for nutrition**. Reshaping agriculture for nutrition and health, p. 73-82, 2012.
- HLPE. **Nutrition and food systems**. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome, 2017.
- INGRAM, J. A food systems approach to researching food security and its interactions with global environmental change. **Food Security**, v. 3, n. 4, p. 417–431, 2011.
- MARTINELLI, Suellen Secchi; CAVALLI, Suzi Barletto. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4251-4262, 2019.
- NESHEIM, M. C., ORIA, M.; YIH, P. T. **A framework for assessing effects of the food system**. Committee on a Framework for Assessing the Health, Environmental, and Social Effects of the Food System; Food and Nutrition Board; Board on Agriculture and Natural Resources; Institute of Medicine; National Research Council, 2015.

Disponível em: <http://www.nycfoodpolicy.org/wp-content/uploads/2014/05/A-Framework-for-Assessing-Effects-of-the-Food-System.pdf>. Acesso em 02 nov 2021.

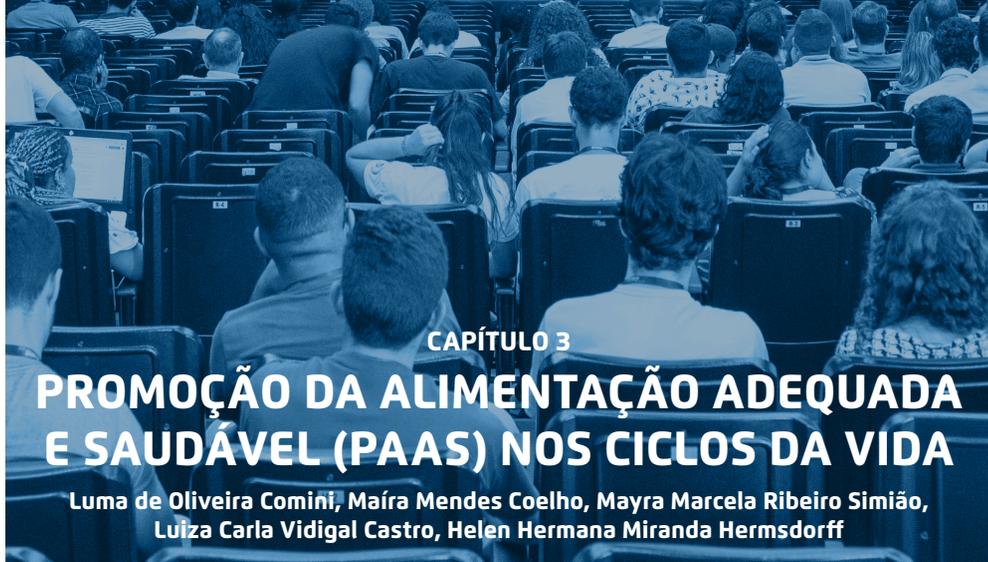
OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistemas alimentares e nutrição: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição**. Brasília, DF: OPAS, 2017.

PIRES, LDP. **Tradução e adaptação transcultural do instrumento Perceived Nutrition Environment Measures Survey (NEMS-P) para avaliar o ambiente alimentar percebido**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia da Saúde). Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2021.

PONISIO, Lauren C. et al. **Diversification practices reduce organic to conventional yield gap**. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, v. 282, n. 1799, p. 20141396, 2015.

PORTER, Michael. E., MILLAR, Victor. How information gives you competitive advantage. **Harvard Business Review**, p. 149-160, 1985.

REGANOLD, John P.; WACHTER, Jonathan M. Organic agriculture in the twenty-first century. **Nature plants**, v. 2, n. 2, p. 1-8, 2016.



CAPÍTULO 3

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS) NOS CICLOS DA VIDA

Luma de Oliveira Comini, Maíra Mendes Coelho, Mayra Marcela Ribeiro Simião, Luíza Carla Vidigal Castro, Helen Hermana Miranda Hermsdorff

A má alimentação está entre os principais fatores relacionados à carga global de doenças e ao crescimento das DCNT, sendo considerada o principal fator de risco para mortes no mundo, em 2017. No Brasil, em 2015, ela foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos (BORTOLINI et al., 2020).

Dada a importância da alimentação adequada e saudável para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, bem como o reconhecimento da alimentação como direito pela Constituição Brasileira, é de suma importância a realização de ações que promovam a alimentação adequada e saudável, com foco na autonomia e no empoderamento dos indivíduos. A educação em saúde é considerada uma estratégia fundamental nesse contexto, uma vez que estimula a reflexão dos indivíduos sobre seus hábitos, para alcançar melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2016).

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, na qual um dos eixos prioritários a serem desenvolvidos seria o Pacto em Defesa da Vida, que abrange questões de promoção da qualidade de vida. No entanto, a PAAS foi institucionalizada somente em 2006, a partir da publicação da PNPS. O objetivo dessa política é:



Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p. 17).

Além da PAAS refletir a preocupação com a prevenção e tratamento das DCNT, essa política tem como objetivo a proteção da saúde da população, visando o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida, além de contemplar o combate à desnutrição e carências nutricionais, bem como as necessidades alimentares especiais. A PAAS também compõe uma das nove diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre a PNAN, acesse aqui o nosso livro digital 1 da coleção, **Políticas e serviços de saúde para o cuidado da pessoa com doença crônica não transmissível**.



A PAAS deve estar presente desde o preparo para a gestação, uma vez que os primeiros mil dias de vida constituem um período considerado como janela de oportunidades, importante para a programação da saúde e da doença e decisivo para o crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2019). Após o nascimento, as primeiras ações são direcionadas ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, quando se inicia a introdução da alimentação complementar (BORTOLINI et al., 2020).

A amamentação materna exclusiva está associada com níveis significativamente mais baixos de pressão arterial na infância e posterior perfil lipídico mais favorável, quando comparadas a crianças que receberam fórmulas artificiais (BRASIL, 2005).

Ações de promoção do aleitamento materno iniciadas no período pré-natal são mais efetivas na APS, principalmente, em atividades em grupo. Já no puerpério, as visitas domiciliares apresentam papel fundamental para a identificação de dificuldades, bem como a prestação do acolhimento em tempo oportuno, visando evitar a interrupção do aleitamento materno. Para pensar em ações multidisciplinares que incentivem o aleitamento materno no âmbito da APS, é essencial compreender e identificar os fatores que influenciam as práticas de amamentação, quais sejam: os fatores relacionados à fisiologia ou anatomia que podem impactar no aleitamento; as crenças e tabus relacionados à experiência de amamentar; o nível de conhecimento das mães daquele território; o bem-estar psicológico; a presença de uma rede de apoio, dentre outros. Dentre as ações, os programas e as normativas que garantem

condições e incentivam a amamentação, podemos citar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), implementada pelo MS, em 2013; o Alojamento Conjunto na Maternidade; o direito à Licença maternidade/paternidade; a criação das salas de apoio à amamentação em ambientes públicos e privados, dentre outros.

O Guia Alimentar para menores de 2 anos, também é um material educativo – para a população e profissionais de saúde – que aborda o tema da amamentação. Ele traz recomendações e informações sobre a alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida, com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento para que elas alcancem todo o seu potencial.

Ao pensarmos em alimentação infantil, uma questão que surge como um desafio para a PAAS é a presença das propagandas e publicidades dos produtos, que acaba deixando esse público mais vulnerável. Ao incentivar o consumo de produtos ultra-processados por meio do lúdico, essas propagandas exploram os sentimentos de satisfação, de alegria e de diversão, na busca de convencer o consumidor. Para tal, as políticas públicas de regulação da publicidade podem apoiar as famílias a evitar a exposição de crianças às propagandas de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, os profissionais de saúde também desempenham um importante papel e devem incentivar o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, através da produção de materiais educativos, campanhas municipais, atividades de EAN no município, sempre utilizando como referência materiais do MS.



SAIBA MAIS!

O Caderno de Atividades - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - Educação Infantil, disponível

aqui, é um material educativo destinado a professores e profissionais da saúde e pode auxiliar na elaboração de atividades e a subsidiar discussões sobre alimentação adequada e saudável.



As equipes da APS devem, ainda, se envolver com as escolas do seu território, visto que esse é um espaço propício para a formação e a discussão de práticas saudáveis. Uma das formas de se envolver com as escolas é por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). Os municípios aderidos ao PSE também podem receber um incentivo extra do MS por meio da adesão ao Programa Crescer Saudável, cujo objetivo é prevenir e controlar a obesidade infantil (BORTOLINI et al., 2020).

O ambiente de trabalho é reconhecido como um local estratégico de promoção da saúde e alimentação saudável. A OMS considera que o local de trabalho deve dar a oportunidade e estimular os trabalhadores a fazerem escolhas saudáveis. Nesse sentido, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) foi instituído pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, e regulamentado pelo Decreto n 10.854, de 10 de novembro de 2021, com instruções complementares estabelecidas pela Portaria MTP/GM nº 672, de 8 de novembro de 2021. O PAT propicia uma alimentação adequada aos trabalhadores, com impacto na qualidade de vida e produtividade dos indivíduos.

É de fundamental importância realizar ações de PAAS à população idosa, contribuindo para promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida desses indivíduos. Assim, alguns instrumentos publicados pelo MS podem ser utilizados pelas equipes de APS para subsidiar as recomendações acerca da alimentação e nutrição para a população idosa.

Um dos instrumentos é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), a qual pode ser utilizada de forma estratégica para qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa, pois contempla, dentro da avaliação do idoso, a identificação de hábitos de vida relacionados à alimentação. A caderneta fica sob posse da pessoa idosa, mas há uma ficha espelho que deve permanecer na Unidade de Saúde. Dessa forma, os profissionais conseguem, a partir do correto preenchimento da caderneta e ficha espelho, identificar necessidades relativas à alimentação comuns aos idosos adscritos do território e planejar ações de EAN para promover a alimentação adequada e saudável e a saúde desses usuários.



SAIBA MAIS!

Para conhecer os 10 passos para a alimentação saudável para a pessoa idosa, acesse aqui.



Para delimitar as ações a serem realizadas no município, é fundamental realizar o diagnóstico do território adscrito com a finalidade de identificar os principais pontos a serem trabalhados. Esse diagnóstico é realizado a partir da vigilância alimentar e nutricional e do conhecimento dos DSS. Destaca-se a importância de mapear os locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos (BORTOLINI et al., 2020).

Os profissionais e gestores de saúde devem, ainda, identificar parceiros e recursos no território para o desenvolvimento de ações intersetoriais para elaboração de materiais, cursos, campanhas, reuniões temáticas em grupos; e para informar, comunicar e orientar a população quanto às escolhas alimentares saudáveis.

É importante ressaltar que apesar de a educação em saúde ser fundamental na PAAS, as ações devem buscar ir muito além da transmissão de conhecimento, uma vez que esse não é o único fator que interfere nas escolhas alimentares. As escolhas alimentares são resultado também dos hábitos e preferências alimentares, que têm influência da cultura, da produção e disponibilidade do alimento, do acesso físico e financeiro, do marketing envolvido nos produtos, entre outros.



FIQUE LIGADO!

Nesse contexto, o termo ‘alimentação adequada e saudável’ vai além de alimentos com alto valor nutritivo – deve atender aos hábitos e práticas alimentares regionais, aos valores culturais e advir de cultivo sustentável e sem contaminantes químicos, físicos e biológicos. Além disso, deve ser permanente e justa em quantidade e qualidade para os diferentes estágios da vida. Por fim, o planejamento das ações de saúde relacionadas à alimentação deve levar em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que impactam nas escolhas alimentares dos indivíduos (BRASIL, 2018).

A APS deve promover a alimentação adequada e saudável tanto por meio de ações em grupos, quanto em consultas individuais ou visitas domiciliares (BORTOLINI et al., 2020). Os profissionais da nutrição são os principais responsáveis pelas ações de educação alimentar e nutricional, visto que são habilitados para trabalhar essa temática. Entretanto, todos os profissionais têm a responsabilidade de promover essas ações, considerando que os hábitos de vida apresentam estreita relação com as patologias crônicas, sendo a promoção da saúde uma atribuição de todos.

É fundamental, portanto, que gestores e profissionais de saúde proporcionem a criação de ambientes propícios para a adoção de uma alimentação mais saudável, para que a população seja capaz de aderir às recomendações (**Quadro 7**).

Quadro 7: Estratégias de gestores e profissionais de saúde para realização da PAAS

Ações realizadas por profissionais de saúde	Ações realizadas por gestores de saúde
Realização de atividades de EAN na Unidade Básica de Saúde (UBS), na comunidade, em creches e escolas.	Implementação de feiras livres em bairros e distritos considerados desertos alimentares, ou seja, nos quais não há oferta de alimentos frescos como frutas, hortaliças e outros alimentos saudáveis.
Realização de oficinas culinárias para instruir sobre as técnicas de preparo e receitas acessíveis para diferentes doenças nas feiras, nas UBS, na comunidade, em unidades de educação infantil (creches) e escolas.	Ações da prefeitura para integrar a agricultura familiar com a comunidade.
Realização de rodas de conversas entre usuários e profissionais de saúde para o empoderamento, a autocrítica e a autonomia, criando uma rede de apoio.	Incentivo aos pequenos produtores a se vincular a cooperativas e associações de forma a aumentar as parcerias e, assim, facilitar a distribuição de alimentos frescos e com um preço mais acessível.
Incentivar, apoiar e orientar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	Incentivar e apoiar a criação de ambientes promotores de alimentação adequada e saudável em cada bairro do município.
Disseminar informações a respeito da alimentação saudável, utilizando como base materiais do Ministério da Saúde como, por exemplo, os documentos “Na cozinha com as frutas, legumes e verduras”; “Desmistificando, dúvidas sobre alimentação e nutrição”; “Alimentos regionais brasileiros”; “Alimentação cardioprotetora” e outros. Além do Guia Alimentar e seus protocolos de uso.	Parcerias intersetoriais para a realização de ações específicas. Tais como: a integração das secretarias de Educação, Agricultura e Saúde no planejamento da alimentação para o Programa Nacional de Alimentação Escolar das escolas do município. As ações devem considerar a produção agrícola da região, hábitos alimentares, prática de atividade física, condições nutricionais e de saúde da população a ser beneficiada, dentre outros.
Realização de ações de EAN visando ao conhecimento dos rótulos alimentares, contribuindo para maior autonomia na realização de escolhas alimentares mais saudáveis.	Buscar a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.
Produção de instrumentos e materiais educativos que fomentem escolhas alimentares mais saudáveis	Elaboração de políticas públicas de regulação da publicidade de alimentos
Incentivo à realização das compras em feiras agroecológicas, ao invés de super e hipermercados, nos quais há uma alta disponibilidade de alimentos ultraprocessados. Esses são, muitas vezes, uma alternativa para a pessoa idosa, por serem mais baratos e mais palatáveis.	Oferecimento de oportunidades aos profissionais de saúde para formação continuada e permanente no âmbito da PAAS.
Estímulo ao cultivo de hortas domésticas e/ou comunitárias. Podem ser ofertadas oficinas e ações educativas para ensinar a pessoa idosa a forma correta de plantio, sementeira e cultivo de verduras, ervas aromáticas em ambientes domiciliares e/ou comunitários. Isso favorece não só o consumo de verduras e legumes, como promove autonomia e bem-estar ao indivíduo.	
Realização de ações de EAN abordando a temática das principais DCNT que afetam a população, a fim de orientar as práticas alimentares que visam a manutenção da saúde e estimulem as práticas de autocuidado.	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2012.

**PARA REFLETIR!**

Em seu território existem ações que promovam a alimentação adequada e saudável? Como a população é orientada para o consumo adequado dos alimentos? Os resultados têm sido satisfatórios? O que pode ser feito para melhorar o cenário atual?

3.1. Guia Alimentar para a População Brasileira

A promoção da alimentação saudável na APS passa pela apropriação, por parte dos profissionais de saúde, das orientações dos Guias Alimentares (BORTOLINI et al, 2020). O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), publicado em 2014, tem o objetivo de promover a alimentação saudável e de resgatar hábitos alimentares e culturais, valorizando a biodiversidade regional e a sustentabilidade ambiental. Aborda, assim, os diversos determinantes das práticas alimentares, bem como a complexidade e os desafios que envolvem a conformação dos Sistemas Alimentares atuais.

O uso do GAPB pelos profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na APS, pode facilitar a ampla divulgação do seu conteúdo, que traz orientações simples e contextualizadas com a cultura de cada região do país. A sua utilização e implementação deve ser promovida nos diversos ambientes sociais e de saúde, como escolas, unidades de saúde, centros de referência de assistência social, entre outros. Essa implementação pode se dar por meio de rodas de conversas, oficinas culinárias e demais encontros que promovam discussão e troca de informações e experiências, como trocas de receitas, trocas de sementes, trocas de mudas de temperos naturais. (BRASIL, 2019).

Entretanto, o uso do GAPB não deve ser normatizador. Pelo contrário, a intenção é ter o guia como base e adequá-lo ao contexto local e às necessidades do indivíduo ou coletividade com quem se está trabalhando.

As recomendações centrais do Guia Alimentar são baseadas em uma classificação de alimentos de acordo com o grau de processamento a que são submetidos – a classificação NOVA (**Figura 12**).



ALIMENTOS IN NATURA E MINIMAMENTE PROCESSADOS

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



INGREDIENTES CULINÁRIOS

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



ALIMENTOS PROCESSADOS

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



ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

Aqueles cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e adição de vários ingredientes, como por exemplo, refrigerantes e biscoitos recheados, muitos deles de uso exclusivamente industrial.

Figura 12: Classificação dos alimentos de acordo com seu grau de processamento .

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

Uma alimentação com maior consumo de alimentos ultraprocessados, possui piores perfis nutricionais. O consumo desses alimentos está diretamente associado ao aumento da prevalência e risco de sobrepeso e obesidade em adolescentes e adultos. Ademais, está ainda relacionado ao risco de desenvolvimento das principais DCNT abordadas neste e-book. Em crianças, estudos já demonstraram sua associação com obesidade abdominal e com piores perfis lipídicos (GABE; JAIME, 2020).

Estudo realizado entre 1999 e 2014, na Espanha, com aproximadamente 20 mil pessoas, mostrou que aqueles indivíduos que tinham o consumo superior a quatro porções diárias de ultraprocessados, tinham um risco relativo 62% mais alto de morte por diversas causas, como câncer e infarto, quando comparados àqueles que consomem menos de duas porções diárias (RICO-CAMPÀ et al., 2019).

Em contrapartida, uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, tem sido relacionada a desfechos positivos para a saúde, como menores prevalências de síndrome metabólica, hiperglicemia e excesso de peso, além de níveis mais elevados de lipoproteína de alta densidade (colesterol-HDL) (GABE; JAIME, 2020).

Desse modo, a discussão do tema é essencial para esclarecer os riscos de uma alimentação desbalanceada e com ingestão excessiva de calorias e aditivos químicos, uma vez que podem acarretar sérios prejuízos à saúde. As recomendações do guia se resumem, portanto, em uma **regra de ouro: a escolha de alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias, ao invés de alimentos ultra-processados.**

Outro ponto importante a ser abordado, é como os alimentos regionais podem compor o cardápio de forma a manter a cultura e os hábitos alimentares regionais e também deixar a alimentação mais equilibrada (**Figura 13**). Em Minas Gerais, por exemplo, o pão de queijo, o café com leite, a galinha ou frango com quiabo, o queijo curado e o angu, têm lugares reservados na mesa dos mineiros, portanto, é necessário adequá-los à rotina alimentar. Felizmente, a maior parte dos alimentos típicos de uma região são compostos por alimentos *in natura* ou minimamente processados, o que permite um consumo mais frequente.

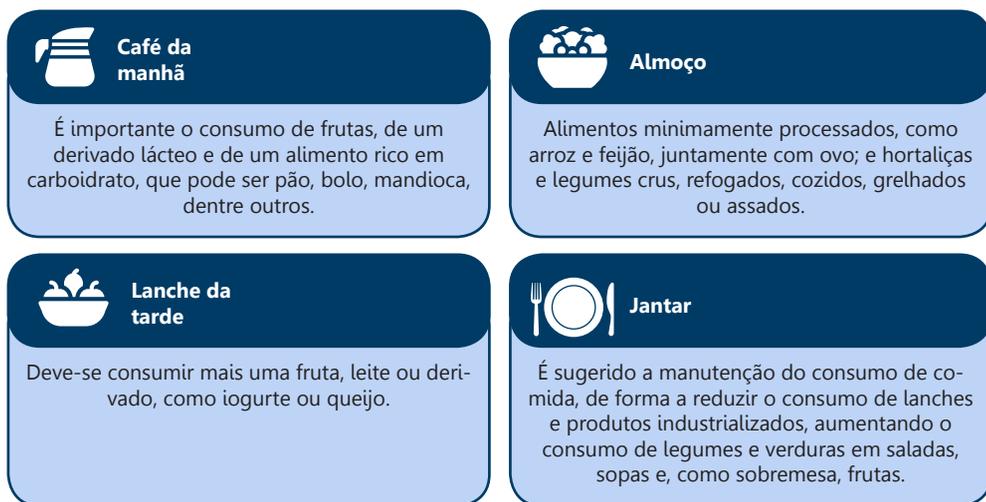


Figura 13: Plano alimentar saudável de acordo com o GAPB.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

Contudo, podemos realizar diversas combinações dos diferentes alimentos dos grupos alimentares (cereais, leguminosas, carnes e ovos, frutas, legumes e verduras), compondo uma dieta rica em nutrientes, que podem gerar uma grande variedade de refeições saudáveis.

Outra característica importante do Guia Alimentar é a abordagem sobre o contexto em que a alimentação é realizada, ou seja, não existe a preocupação apenas com o que se come, mas também como o indivíduo está consumindo determinada refeição. O ambiente no qual a alimentação acontece, a presença de distrações, o compartilhamento de refeições e outros, influenciam nas quantidades ingeridas, bem como nas sensações proporcionadas pela alimentação (GABE; JAIME, 2020; BRASIL, 2014). Dessa forma, o Guia Alimentar deve ser utilizado como um instrumento promotor de autonomia de indivíduos e populações para escolhas alimentares saudáveis.



PARA REFLETIR!

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

3.2. Guia Alimentar para menores de 2 anos

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos segue os princípios apresentados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, trazendo recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida. Segue, ainda, valores e preceitos importantes sobre a alimentação infantil, a saber:

- 1. A saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos.**
- 2. O ambiente familiar é espaço para a promoção da saúde.**
- 3. Os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares.**
- 4. O acesso a alimentos adequados e saudáveis e à informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias.**
- 5. A alimentação é uma prática social e cultural.**

- 6. Adotar uma alimentação adequada e saudável para a criança é uma forma de fortalecer sistemas alimentares sustentáveis.**
- 7. O estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.**

Os desafios no cotidiano na alimentação da criança são abordados no documento, visando aproximar a família e orientar quanto à realidade vivenciada, além de ser voltado também para profissionais de diversas áreas da saúde que atuam com o aleitamento materno e alimentação saudável. O documento inclui, também, orientações de prática de atividade física, controle no uso de telas e inclui recomendações para a dieta de crianças vegetarianas.

A alimentação tem papel fundamental em todas as fases da vida, mas uma atenção especial deve ser dada à alimentação na infância, visto que é o período de formação de hábitos alimentares, ou seja, um período crítico do desenvolvimento humano.

O aleitamento materno exclusivo tem papel fundamental no início da vida e, apesar da prática de amamentação ter aumentado no Brasil, a sua duração ainda é menor que a recomendada. Além disso, existe um aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, que são inseridos cada vez mais cedo na alimentação das crianças, o que pode ter impacto negativo para a saúde atual e futura, prejudicando o desenvolvimento infantil e aumentando os riscos de alterações metabólicas e doenças na vida adulta (BRASIL, 2019).

Além da introdução precoce de alimentos ultraprocessados na rotina da criança, de forma excessiva, existem outros fatores que contribuem para a má nutrição, em especial para o excesso de peso. As crianças, hoje, passam grande parte do tempo na frente de telas, levando a um comportamento sedentário. Ademais, o ambiente alimentar atual influencia na escolha de alimentos não saudáveis. A inserção da mulher no mercado de trabalho, incluindo aqui as extensas jornadas de trabalho e deslocamento, dificulta o preparo das refeições familiares devido à redução do tempo disponível. As famílias, muitas vezes, precisam lidar com a falta de uma rede de apoio, sobrecarregando os cuidadores que, muitas vezes, optam pelo mais fácil e acabam fazendo escolhas não saudáveis nesses momentos. Houve uma perda do hábito e tradição de cozinhar em família e compartilhar habilidades culinárias. Todos esses fatores podem contribuir para má alimentação e, conseqüentemente, para o excesso de peso e surgimento de comorbidades (**Figura 14**).



Figura 14: Fatores que influenciam no excesso de peso infantil e surgimento de comorbidades.

Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos deve ser utilizado como ferramenta para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento infantil. Assim como no Guia para a população brasileira, as recomendações presentes no documento são válidas para a maioria das crianças brasileiras. Vale ressaltar, entretanto, a importância de considerar os diferentes contextos econômicos, sociais, culturais e geográficos em que os indivíduos vivem.

Outra questão semelhante entre os documentos, é a presença de recomendações e a abordagem que vai além da alimentação, pois aborda o contexto em que a alimentação está inserida. Destaca, por exemplo, a importância de o ambiente familiar ser seguro e acolhedor, proporcionando interações e fortalecendo vínculos entre a criança e os demais membros da família. Alimentar também é um ato social e cultural, que envolve relações, hábitos e emoções (**Quadro 8**).

Quadro 8: 12 passos para alimentação saudável para crianças até 2 anos

12 PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS
01 AMAMENTAR ATÉ 2 ANOS OU MAIS, OFERECENDO SOMENTE O LEITE MATERNO ATÉ 6 MESES
A amamentação deve se iniciar na primeira hora de vida do bebê e continuar, de forma exclusiva, até 6 meses, sem necessidade de água, chá ou qualquer outro alimento. Para isso, a existência de uma rede de apoio para a mãe que amamenta é fundamental.
02 OFERECER ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS, ALÉM DO LEITE MATERNO, A PARTIR DOS 6 MESES
A partir dos 6 meses, para que a criança continue se desenvolvendo, é necessário introduzir “comida de verdade”, ou seja, alimentos em natura e minimamente processados. A amamentação ainda deve continuar de forma simultânea.
03 OFERECER ÁGUA PRÓPRIA PARA O CONSUMO À CRIANÇA EM VEZ DE SUCOS, REFRIGERANTES E OUTRAS BEBIDAS AÇUCARADAS
A água é essencial para a hidratação da criança e deve fazer parte do hábito alimentar desde o início da oferta dos outros alimentos. Não deve ser substituída por nenhum líquido, como chá, suco ou água de coco, muito menos refrigerante ou outras bebidas ultraprocessadas.
04 OFERECER A COMIDA AMASSADA QUANDO A CRIANÇA COMEÇAR A COMER OUTROS ALIMENTOS ALÉM DO LEITE MATERNO
A comida não deve ser batida, a mastigação estimula o desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça. O alimento deve ser espesso o suficiente para não “escorrer” da colher.
05 NÃO OFERECER AÇÚCAR NEM PREPARAÇÕES OU PRODUTOS QUE CONTENHAM AÇÚCAR À CRIANÇA ATÉ 2 ANOS DE IDADE
O consumo de açúcar faz com que a criança se acostume ao sabor doce, dificultando a aceitação de outros alimentos. Ademais, não é necessário e causa danos à saúde como cáries, obesidade ainda na infância e, na vida adulta, pode levar a doenças crônicas, como diabetes.
06 NÃO OFERECER ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS PARA A CRIANÇA
O excesso de sal, gordura, açúcar e aditivos presentes nesses alimentos, que geralmente são pobres em nutrientes, pode levar a doenças crônicas.
07 COZINHAR A MESMA COMIDA PARA A CRIANÇA E PARA A FAMÍLIA
Agiliza o dia a dia na cozinha, além de ser uma oportunidade de oferecer alimentação adequada e saudável à família e à criança.
08 ZELAR PARA QUE A HORA DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA SEJA UM MOMENTO DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS, APRENDIZADO E AFETO JUNTO DA FAMÍLIA
Comer juntos pode influenciar de forma positiva a aceitação dos alimentos e preparações, ajuda a criança a se interessar em experimentar novos alimentos, além de tornar as refeições mais prazerosas.
09 PRESTAR ATENÇÃO AOS SINAIS DE FOME E SACIEDADE DA CRIANÇA E CONVERSAR COM ELA DURANTE A REFEIÇÃO
Os sinais de fome e saciedade devem ser reconhecidos e respondidos de forma ativa e carinhosa. Estimule a criança a comer, mas sem forçá-la.
10 CUIDAR DA HIGIENE EM TODAS AS ETAPAS DA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA
Cuidados com a higiene de quem faz a comida, da cozinha e dos alimentos previnem doenças na criança e na família. Lave as mãos sempre que for cozinhar e alimentar a criança, depois de usar o banheiro, de trocar a fralda e de realizar outras tarefas no cuidado da casa. Lave também as mãos da criança.
11 OFERECER À CRIANÇA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL TAMBÉM FORA DE CASA
Em passeios, festas e quando for às consultas com a equipe de saúde, continue ofertando os alimentos que a criança come em casa.
12 PROTEGER A CRIANÇA DA PUBLICIDADE DE ALIMENTOS
É um dever de todos proteger a criança da publicidade de alimentos, uma vez que a criança não consegue diferenciar realidade e ficção. Crianças menores de 2 anos não devem utilizar televisão, celular, computador e tablet.

Fonte: Brasil, 2019, p. 221-227.

3.3. Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde

Foi lançado, em 2019, um Manual Instrutivo voltado às equipes que atuam na APS, para a implementação do guia alimentar para a população brasileira. Esse manual apresenta um modelo de metodologia para ser utilizado com os profissionais da APS, baseado na metodologia crítico-reflexiva de Paulo Freire e na perspectiva do diálogo entre os participantes, tendo em vista que o referencial oferecido pelo Guia Alimentar possa ser utilizado em uma diversidade de atividades realizadas pela APS, em diferentes formatos (BRASIL, 2019).

O objetivo principal desse instrutivo, é apoiar a qualificação de todos os trabalhadores que atuam na APS para promover a PAAS dos usuários das unidades de saúde, interferindo positivamente com a mudança das práticas alimentares inadequadas. Ressalta-se, aqui, a relevância do trabalho do nutricionista; todavia, capacitar os demais membros das equipes faz com que a capilaridade na implementação do Guia seja mais efetiva, promovendo saúde para o maior número de usuários possível (BRASIL, 2019).

O instrutivo é organizado em três pilares, descritos no **Quadro 9**.

Quadro 9: Pilares do instrutivo de implementação do Guia Alimentar

Pilar	Conteúdo
Estratégias Organizadoras	Atividades de apresentação (da equipe e das oficinas), acordo de convivência, acolhimento, encerramento e avaliação.
Compreendendo o Guia Alimentar	Trabalha todo o conteúdo do documento do Guia, priorizando as recomendações de cada um dos seus capítulos, assim como os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável.
Contextualização do Guia Alimentar na prática profissional	Tem como objetivo contribuir para a sua implementação na APS como uma ferramenta de PAAS.

O material do instrutivo é todo pensado no formato de oficinas e compreende desde o passo a passo de cada encontro, os quadros de apoio ao facilitador com o planejamento das atividades, até a estrutura das apresentações das exposições dialogadas, atividades de dispersão a serem realizadas entre os módulos e um modelo de plano de ação que pode ser usado. Também traz figuras e outros materiais complementares que podem ser impressos e utilizados nas oficinas.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre o volume **Implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na atenção primária à saúde**, clique aqui



3.4. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira

Uma série de fascículos intitulados *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira* foi publicada, em 2021, pelo MS em parceria com o Nupens/USP e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esses materiais visam a apoiar os profissionais de saúde na implantação das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, contribuindo para a qualificação do trabalho dos profissionais e equipes de saúde.

Os protocolos em saúde são instrumentos que contribuem para o aperfeiçoamento do atendimento ao usuário e escolha da conduta mais adequada, sendo um subsídio indispensável para tomada de decisão no cotidiano do atendimento em saúde. Esses materiais trazem a abordagem individual a partir do encontro entre profissional e usuário, refletindo, portanto, as suas necessidades, seus valores e suas preferências (BRASIL, 2021)

A avaliação do consumo e dos modos de comer na APS, fornece subsídios importantes para direcionar o diagnóstico e as orientações, representando uma ação estratégica de cuidado em saúde. Utiliza-se como ferramenta o formulário de marcadores de consumo alimentar para a avaliação da população brasileira, disponibilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Com ele é possível avaliar os **marcadores de alimentação saudável** – número de refeições, consumo de frutas, legumes, verduras e feijão (alimentos *in natura* ou minimamente processados consumidos per si ou em preparações culinárias); e os **marcadores de alimentação não-saudável** – consumo de alimentos ultraprocessados, embutidos e bebidas adoçadas, e a realização de refeições na frente de telas. A partir das respostas, o protocolo sugere uma abordagem organizada em formato de fluxograma, direcionando as orientações alimentares que devem ser conduzidas com o usuário (**Figura 15**).

1 Preencha o formulário **Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS (SISVAN e/ou e-SUS)**. Atente-se para fazer as perguntas em linguagem simples e sem expressar nenhum tipo de julgamento (verbal ou corporal).

2 A partir da identificação dos marcadores de alimentação saudável (consumo de frutas, legumes, verduras e feijão) e não-saudável (consumo de ultraprocessados), siga para o fluxograma.

A acuidade visual e auditiva do usuário deve ser considerada. É importante falar devagar, fornecendo informações claras e simples e repetindo pontos importantes.

3 Faça as orientações alimentares sugeridas no fluxograma, seguindo as etapas.

A decisão de quantas orientações serão realizadas por consulta é pactuada juntamente ao usuário, em cada consulta. O profissional pode optar por fazer recomendações prioritárias na primeira consulta e seguir com as demais orientações nas próximas consultas.

4 Ao longo das consultas vá avançando nas etapas da orientação alimentar.

Figura 15: Passo a passo para utilização do Protocolo de uso do Guia Alimentar.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.



SAIBA MAIS!

Acesse aqui o formulário dos **Marcadores de Consumo Alimentar**.



Desse modo, as recomendações estão estruturadas com uma orientação principal, seguida por sugestões práticas para orientar o que pode ser feito pelo usuário, uma justificativa para essas orientações e, por fim, algumas estratégias para superação dos possíveis obstáculos e barreiras (**Quadros 10 e 11**).

Quadro 10: Exemplo adaptado do Protocolo de uso do Guia Alimentar**ORIENTAÇÃO:**

Estimule o consumo diário de feijão ou outras leguminosas, preferencialmente no almoço e no jantar.

VARIAÇÕES E SUGESTÕES DE PREPARAÇÕES

- Estimule o consumo de variedades de feijão (carioca, preto, roxo, vermelho, branco, manteigão, dentre outros) ou a substituição por outras leguminosas.
- Além da tradicional combinação com o arroz, o feijão pode ser consumido com farinha de mandioca, no acarajé, no baião-de-dois, em sopas e saladas, no recheio de tortas salgadas ou até mesmo em massas de bolos e pães.

Justificativa: Arroz e feijão é o prato típico do brasileiro. O consumo dessa combinação melhora a saciedade e promove o bem-estar por ser uma preparação completa, saborosa e da nossa cultura. O feijão é rico em fibras, proteínas e diversas vitaminas e minerais, como ferro. A combinação do arroz com feijão, apreciada e consumida por grande parte da nossa população, é bastante acessível e possui um excelente perfil de nutrientes.

POSSÍVEIS OBSTÁCULOS E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS

Falta de tempo para cozinhar o feijão: orientar o remolho, que reduz o tempo de cozimento e facilita a digestão dos grãos; orientar cozimento de maior quantidade, porcionamento e congelamento para uso posterior. O preparo, embora possa ser um pouco demorado, é muito simples.

Não gosta de feijão: lentilha, ervilha e grão de bico podem ser opções de substituição.

Excesso de sal, uso de temperos industrializados, carnes salgadas e embutidos: estimular o uso de temperos naturais (alho, cebola, salsinha, cebolinha, louro) e de mix de ervas e especiarias (cominho, sal de ervas) para variar o sabor e temperar a preparação.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021.

**FIQUE LIGADO!**

É necessário se atentar à acuidade visual e auditiva do usuário, pois muitos indivíduos podem ter problemas de audição, dificuldade de compreensão das orientações recebidas, que podem impedir a efetividade do cuidado prestado. Portanto, alguns pontos são fundamentais para uma boa comunicação do profissional de saúde com as pessoas: falar em um bom tom de voz, devagar, com linguagem simples e informações claras, lembrando sempre de repetir as informações importantes para garantir a assimilação das orientações prestadas. Para as pessoas analfabetas, as orientações escritas devem ser substituídas por desenhos.

Quadro 11: Orientações e obstáculos destacados em cada protocolo, de acordo com a população

Orientação	Obstáculo de acordo com a população
Estimule o consumo diário de feijão	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempo para preparo; - excesso de temperos; - falta de habilidade culinária. <p>Pessoa Idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempo para preparo; - dificuldade para digestão; - excesso de temperos. <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de habilidade; - tempo para preparo; - dificuldade em realizar tarefas domésticas; - gestante vegetariana.
Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de hábito do consumo de água; - elevado consumo de bebidas adoçadas; - consumo de bebidas diet e zero; - adição de adoçante de mesa. <p>Pessoa Idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de hábito do consumo de água; - elevado consumo de bebidas adoçadas; - consumo de bebidas diet e zero; - adição de adoçante de mesa. <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de hábito do consumo de água; - elevado consumo de bebidas adoçadas; - consumo de bebidas diet e zero; - adição de adoçante de mesa.
Oriente que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - publicidade de alimentos confusa; - falta de compreensão da lista de ingredientes; - excesso de consumo de ultraprocessados; - falta de tempo. <p>Pessoa Idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dificuldades para executar tarefas relacionadas à alimentação; - publicidade de alimentos confusa; - falta de compreensão dos rótulos; - falta de tempo para alimentar. <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - publicidade de alimentos confusa; - falta de compreensão dos rótulos; - falta de tempo para cozinhar e alimentar; - falta de planejamento.

continua...

...continuação

Orientação	Obstáculo de acordo com a população
<p>Oriente o consumo diário de legumes e verduras</p>	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - custo e falta de variedade - tempo de preparo; - excesso de temperos; - falta de habilidade culinária. <p>Pessoa Idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - custo e falta de variedade - tempo de preparo; - excesso de temperos; - falta de hábito; - gosto pessoal; - morar sozinho <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desconforto gastrointestinal; - custo e falta de variedade; - excesso de temperos; - falta de tempo
<p>Oriente o consumo diário de frutas</p>	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - custo; - falta de variedade. <p>Pessoa Idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - custo e qualidade; - falta de planejamento; - falta de hábito; - saúde bucal prejudicada <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - náuseas e enjoos; - custo e qualidade; - falta de local para armazenamento; - falta de hábito.
<p>Oriente que o usuário coma em ambientes tranquilos</p>	<p>População Adulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de atenção ao comer; - falta de rotina. <p>Pessoa idosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - falta de atenção ao comer; - falta de rotina; - morar sozinho. <p>Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - desconforto gastrointestinal; - falta de atenção ao comer; - falta de rotina.

**SAIBA MAIS!**

Para conferir as estratégias voltadas à superação dos desafios apresentados, acesse os materiais na íntegra clicando em cada um.

Adultos



Idosos



Gestantes

**FIQUE LIGADO!**

Pense no território em que você atua.

Existem pontos de apoio que favoreçam a integração da pessoa idosa com a comunidade, e que você possa orientar e encaminhar o indivíduo? Existem ações, na unidade que você atua, voltadas à recreação da população idosa?

3.5. Habilidades Culinárias e alimentação brasileira como promotores do uso do GAPB

Em um contexto no qual notamos, cada vez mais, o aumento da disponibilidade e consumo de alimentos ultraprocessados, se faz fundamental o resgate e o desenvolvimento de habilidades culinárias. Tais habilidades envolvem não apenas o domínio de técnicas culinárias, mas vão desde o planejamento de compra e seleção dos alimentos, passam pelo pré-preparo, tempero, cozimento e combinação, até chegar à apresentação final do alimento preparado (BRASIL, 2014).

Além de ser importante para proteger o patrimônio cultural representado pelas tradições culinárias locais, mantendo a cultura de geração em geração, o desenvolvimento de habilidades culinárias é fundamental para gerar mais autonomia ao indivíduo em relação a suas escolhas alimentares e, conseqüentemente, viabilizar o consumo de alimentos com melhor qualidade nutricional (BRASIL, 2014). A grande variedade de frutas, legumes e verduras do Brasil, precisa ser mais bem explorada em nossa cozinha e em nossa mesa (BRASIL, 2016).

Nesse sentido e com o objetivo de promover a alimentação adequada e saudável, o Ministério da Saúde vem investindo na publicação de diversos materiais educativos, elaborados de forma integrada e intersetorial, que incentivam a autonomia dos indivíduos, o desenvolvimento e aprimoramento das práticas e habilidades culinárias, bem como a valorização dos alimentos regionais (**Quadro 12**).

Quadro 12: Materiais educativos do Ministério da Saúde importantes para o aprimoramento das práticas e habilidades culinárias

Capa (clique pra acessar)	Material	Conteúdo
	<p>Na cozinha com as frutas, legumes e verduras</p>	<p>Apresenta desde características nutricionais dos alimentos até receitas culinárias, auxiliando o leitor a iniciar na cozinha. São apresentadas ainda as medidas caseiras mais comuns em receitas culinárias, temperos para diferenciarem o sabor dos pratos, além de diferentes formas de cozinhar os alimentos.</p>
	<p>Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição - material de apoio para profissionais de saúde</p>	<p>Apresenta os principais temas abordados em relação a alimentação e nutrição, elucidando dúvidas frequentes da população, contribuindo assim para reflexão crítica a respeito dos temas e para adoção de prática alimentares adequadas e saudáveis.</p>
	<p>Alimentos Regionais Brasileiros</p>	<p>Apresenta como propósito favorecer o conhecimento acerca das mais variadas espécies de frutas, hortaliças, leguminosas, tubérculos, cereais, ervas, entre outros existentes em nosso país, além de estimular o desenvolvimento e a troca de habilidades culinárias, tornando o ato de comer mais prazeroso.</p>

Fonte:Elaboração própria.

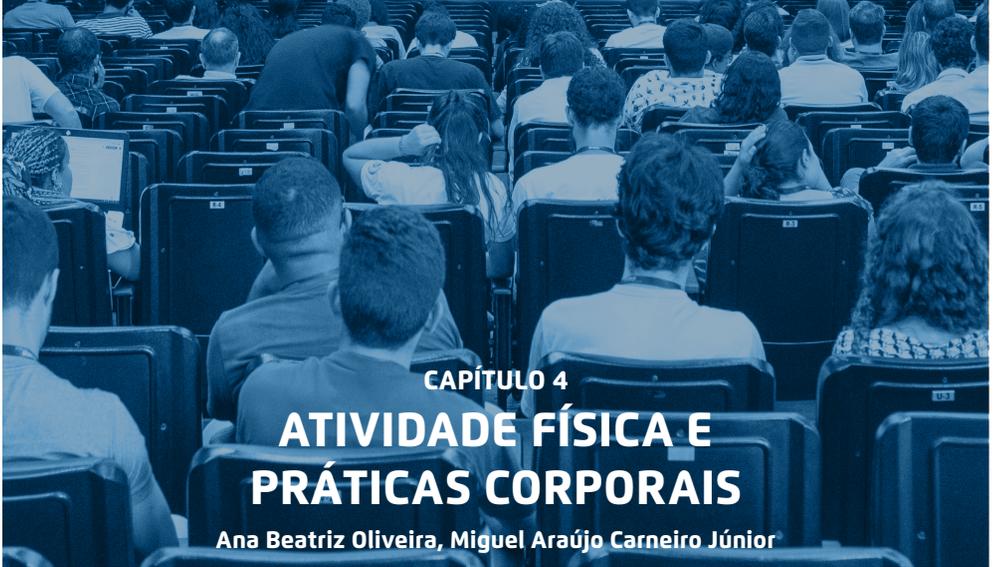
É de suma importância que os profissionais da APS tenham conhecimento e familiaridade com esses materiais, que devem servir de base para atividades de EAN, principalmente, em um contexto no qual o baixo consumo de frutas, verduras e legumes é considerado um dos fatores de risco mais importantes associados à elevada prevalência de DCNT, que representam cerca de 47% da carga mundial de morbidade. O resgate, o desenvolvimento e a partilha de habilidades culinárias, com consequente aumento no consumo desses alimentos no cotidiano das práticas alimentares, representam importante iniciativa de melhoria do padrão alimentar e nutricional, contribuindo para redução da prevalência apresentada (BRASIL, 2015).

Referências

- 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.
- BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 24 nov. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora**: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 138p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5. ed. Brasília: MS, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed_1re.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**: material de apoio para profissionais de saúde.. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 164p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desmistificando_duvidas_sobre_alimenta%C3%A7%C3%A3o_nutricao.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar**: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 26p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo**: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 143 p. ISBN 978-85-334-2752-5. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_equipes_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 484p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_regionais_brasileiros_2ed.pdf. Acesso em: 04 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. **Fascículo 2 protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. **Fascículo 2 protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar da**

- gestante.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_guia_alimentar_fasciculo3.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Na cozinha com as frutas, legumes e verduras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 116p. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf. Acesso em: 04 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 168 p. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação alimentar e nutricional da população idosa na atenção primária à saúde no Brasil.** Brasília, DF. 2021 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/situacao_alimentar_populacao_idosa.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.
- GABE, Kamila Tiemann; JAIME, Patricia Constante. **Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos,** 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2019045, 2020.
- MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
- RAMOS, Luiza Vargens; OSÓRIO, Neila Barbosa; NETO, Luiz Sinésio. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 2, p. 272-280, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1008>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- RICO-CAMPÀ, Anaïs et al. **Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study.** *bmj*, v. 365, 2019.
- SCHMIDT, Alessandra et al. preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1310>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- TORRES, Kelle Brandão de Oliveira et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Acesso em: 24 nov. 2021.



CAPÍTULO 4

ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS

Ana Beatriz Oliveira, Miguel Araújo Carneiro Júnior

4.1. Atividade física e sedentarismo

4.1.1. Definindo conceitos

A atividade física faz parte da nossa rotina em diversos momentos, incluindo os deslocamentos de um local a outro, as tarefas domésticas, as atividades do trabalho e aquelas realizadas no tempo livre. A prática de atividade física é fundamental para o pleno desenvolvimento humano e traz inúmeros benefícios para a saúde, dentre eles a manutenção do peso corporal, a redução do desenvolvimento de DCNT, melhora da disposição e, ainda, interação social (BRASIL, 2021).

É importante ressaltar que, apesar de algumas vezes, termos como atividade física e exercício físico, bem como sedentarismo e comportamento sedentário, serem utilizados como sinônimos, eles se diferenciam. Portanto, é fundamental conhecer os conceitos corretos para orientar de forma adequada os indivíduos e a população durante a prática profissional. O **Quadro 13** apresenta os principais conceitos relacionados a atividade física.

O comportamento sedentário, é a realidade da maioria das pessoas em todo o mundo e com frequência é confundido com o conceito de inatividade física, no qual as pessoas não atingem o tempo mínimo recomendado para a prática de atividade física, por exemplo, pelo menos 150 minutos de atividade física moderada por semana para adultos (WHO, 2020). Entretanto, os conceitos são diferentes, como demonstrado no **Quadro 14**.

Quadro 13: Principais conceitos relacionados à atividade física

Conceito	Definição
Atividade física	Ato de se movimentar, um dos conceitos mais utilizados quando buscamos definir movimentos corporais que gastam energia para além da posição de repouso.
Práticas Corporais	Atividades físicas (movimentações corporais) dotadas de sentido, significado e contexto. Vai além do simples movimentar-se e envolve questões culturais e sociais, englobando o contexto de construção individual e coletiva no qual a pessoa que realiza a prática corporal se insere. Dessa forma, as experiências de práticas corporais são mais significativas e expressivas, como as danças regionais, os esportes, jogos locais e outros.
Exercício físico	É um tipo de atividade física, uma vez que envolve movimentação e gasto de energia superior à posição de repouso. O que caracteriza o exercício físico é a sua sistematização, ou seja, o planejamento, a repetição e a estruturação que busca aprimorar alguma característica física de aptidão, coordenação, técnica e desempenho geral. Aliado É um grande aliado para a manutenção geral da saúde das pessoas
Comportamento sedentário	Caracterizado como o tempo em que a pessoa passa na posição sentada ou deitada enquanto está acordada.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2012; Brasil, 2014.

Quadro 14: Diferença entre comportamento sedentário e inatividade física

 Comportamento sedentário	 Inatividade física
Tempo na posição sentada ou deitada enquanto acordado(a).	Não atingir o tempo mínimo recomendado para a prática de atividade física semanal

Fonte: Adaptado de Brasil, 2012; Brasil, 2014.

**FIQUE LIGADO!**

Uma pessoa que é considerada sedentária pode também ser considerada ativa fisicamente. Por exemplo, um profissional que trabalha 8 horas por dia sentado e treina, todos os dias, musculação por pelo menos 30 minutos. Ele é caracterizado como sedentário pela sua alta exposição ao comportamento, mas ele também é ativo fisicamente por atingir o tempo recomendado para a prática de atividade física.

As pessoas devem ser orientadas de forma que os dois critérios sejam considerados e explicados, possibilitando que compreendam dentro da sua rotina como promover melhorias em ambas situações.

4.1.2. Na prática

Entendendo os conceitos e as diferenças relacionadas com o sedentarismo e a inatividade física, bem como as possibilidades de atividade física a partir do exercício e das práticas corporais, fica mais claro as formas de intervenção que devem ser pensadas nas duas situações de forma conjunta. Assim, ações devem coexistir para que as pessoas diminuam o seu tempo em comportamentos sedentários e também aumentem o seu tempo de atividade física (**Quadro 15**).

Quadro 15: Orientações para diminuição do comportamento sedentário e aumento no nível de atividade física

Diminuição do comportamento sedentário	Aumento no nível de atividade física
Pausas ativas de 5 a 10 minutos (ex.: caminhar) durante o trabalho sentado a cada 60 minutos.	Ir caminhando para o trabalho, mercado e realizar os demais afazeres diários
Dar preferência para ficar em pé ao invés de sentado quando possível (filas, transporte coletivo etc.).	Praticar esportes/aulas coletivas e, ou individuais
Limitar o tempo em telas, como televisão, computador e celular, sempre que possível.	Subir escadas ao invés de usar o elevador.
Sempre que possível, utilizar o telefone na posição de pé ou realizando movimentações curtas e alongamentos.	Utilizar os momentos livres e de lazer para a prática de esportes.
Levantar da cadeira várias vezes durante o dia.	Explorar os ambientes ao ar livre próximos de casa para a realização de atividade física.
No ambiente de trabalho e estudo, dar preferência por realizar as tarefas em pé e variar as posições possibilitando alongar o corpo.	Praticar atividades com familiares e amigos que estimulem as práticas corporais comuns ao grupo (ex.: lutas, yoga, dança, atividades circenses etc.).

As diretrizes do SUS também enfatizam a necessidade de divulgação das possibilidades ofertadas pela rede aos usuários, estimulando as práticas corporais e oferecendo aos usuários todas as alternativas e tratamentos disponíveis. Da mesma forma, é necessário divulgação e uso das possibilidades quando existir a possibilidade de capacitação específica para os profissionais e gestores sobre o uso de possibilidades terapêuticas, medidas de segurança, tratamentos e promoção de práticas corporais (BRASIL, 2014).

4.2. Programa Academia da Saúde

4.2.1. O programa

Como uma das estratégias de promoção à saúde na APS, o Programa Academia da Saúde fornece espaços públicos destinados à população para a promoção da saúde e redução de risco de doenças.

O Programa não se restringe apenas às atividades físicas, segundo o artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Os espaços do Programa precisam se voltar ao desenvolvimento de toda a ação cultural em que o mesmo se insere, abordando temas amplos e ações que se desenvolvam dentro dos princípios do SUS (BRASIL, 2017). Por exemplo, programas inseridos em comunidades com forte cultura artística devem inserir isso em sua prática a partir da estimulação e mobilização de toda a comunidade para o incentivo dessa cultura artística, seja por meio de artesanatos, danças e outras manifestações.

Para além das práticas corporais, a promoção da alimentação saudável e desenvolvimento de ações culturais, são as bases das ações a serem desenvolvidas no Programa, de acordo com os eixos de ações definidos, como segue (BRASIL, 2017):

- Práticas corporais e atividades físicas.
- Produção e cuidado de modos de vida saudáveis.
- Promoção da alimentação saudável.
- Práticas integrativas e complementares.
- Práticas artísticas e culturais.
- Educação em saúde.
- Planejamento e gestão.
- Mobilização da comunidade.

O Programa conta com espaços públicos que oferecem infraestrutura e equipamentos, além de uma equipe de profissionais próprios e também profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos NASF-AB.

4.2.2. Entenda as possibilidades

O Programa Academia da Saúde pode ser solicitado em seu município dentro do período de cadastro. A solicitação deverá ser feita por um gestor municipal a um

parlamentar do seu estado, com representação no Congresso Nacional (cargos de deputado federal ou senador). Após solicitação dessa emenda, o gestor municipal precisará finalizar o cadastro e a proposta.

Existem três possibilidades de construção de polos e todas devem seguir o Manual de Identificação Física do Programa. Dentre as três modalidades existentes, todas precisam dispor de área coberta e descoberta, sendo a Modalidade Básica a menor, com espaço de 250m². A Modalidade Intermediária, consiste em uma metragem de 263,20 m²; e a maior construção, que é a Modalidade Ampliada, conta com 451,20 m² (BRASIL, 2017).



FIQUE LIGADO!

Leia sobre o programa e busque informações complementares com o gestor responsável para análise de possibilidade em seu município. O funcionamento do Polo Academia da Saúde em parceria com a UBS, é fundamental para o incentivo à prática de atividade física pela população e um importante aliado para o aumento da qualidade de vida e cuidado às doenças crônicas no município.



SAIBA MAIS!

Visite o site do Ministério da Saúde e descubra mais sobre o Programa Academia da Saúde.



4.2.3. Outros programas

Além do Programa Academia da Saúde, vale também a pesquisa sobre o Programa Saúde na Escola, o Programa Segundo Tempo, Esporte e Lazer na Cidade, o Vida Saudável e outros, do Ministério da Saúde e da Cidadania, que buscam a promoção da atividade física e o incentivo à prática pela população. Consulte quais as possibilidades e quais programas estão disponíveis na sua região e se informe para a orientação correta da população atendida e difusão dos serviços prestados.



LINKS DE INTERESSE!

Clique nos seguintes botões para acessar cada um dos sites ou materiais em destaque.

PROGRAMA
SAÚDE
NA ESCOLA

PROGRAMA
SEGUNDO
TEMPO

PROGRAMA
ESPORTE E LAZER
DA CIDADE

VIDA
SAUDÁVEL

4.3. Guia de Atividade Física para a População brasileira

4.3.1. O Guia

Lançado em junho de 2021, o Guia de Atividade Física para a População Brasileira traz, pela primeira vez, recomendações elaboradas pelo Ministério da Saúde e voltadas à população. Já em sua primeira edição, o material aborda temas de extrema importância e de fácil compreensão para o uso da população. Estruturado em oito capítulos (**Quadro 16**), o Guia aborda conceitos básicos sobre a temática atividade física e traz recomendações que começam no nascimento e vão até a velhice, e também aborda as recomendações para a prática de atividade física de grupos especiais.

Quadro 16: Capítulos do Guia de Atividade Física para a População Brasileira, Brasil (2021)

Capítulo	Tema
1	Entendendo a Atividade Física
2	Atividade Física para crianças até 5 anos
3	Atividade Física para crianças e jovens de 6 a 17 anos
4	Atividade Física para adultos
5	Atividade Física para idosos
6	Atividade Física escolar
7	Atividade Física para gestantes e mulheres no pós-parto
8	Atividade Física para pessoas com deficiência

O material, que foi elaborado pensando em uma estratégia de incentivar a prática da atividade física com foco na promoção da saúde, apresenta recomendações por meio de textos, imagens, exemplos práticos e referências complementares para que a população compreenda a importância de uma vida saudável e o papel da atividade física para a qualidade de vida.

**FIQUE LIGADO!**

Apesar de sua escrita voltada para a população, o Guia também traz para o Profissional de Educação Física exemplos para aplicação das informações fornecidas e dicas para orientação de colegas de trabalho e alunos sobre a importância da atividade física. A leitura também vale para todos os profissionais de saúde!

4.3.2. O incentivo às redes de apoio

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira, traz em seu conteúdo a divulgação de redes de apoio às pessoas quanto às possibilidades de práticas e orientações para a atividade física. Dentro do material são encontradas recomendações para a procura da UBS mais próxima que ofereça programas de atividade física, além de outros programas como: Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola, Programa Segundo Tempo, Esporte e Lazer na Cidade, e também incentiva a busca por programas municipais, de faculdades e instituições privadas e outras disponíveis na região.

**FIQUE LIGADO!**

Profissional, busque informações sobre programas em funcionamento no seu município e esteja sempre pronto para orientar e receber as pessoas, mostrando todas as possibilidades e importância da prática de atividade física. Assim como já adotado pelo Guia, a estratégia de divulgação de programas da prática de atividade física deve estar na rotina dos profissionais e agentes de saúde.

4.3.3. Recomendações para gestores e profissionais de saúde

Visando a difusão do Guia de Atividade Física para a População Brasileira entre os profissionais atuantes, o Ministério da Saúde lançou, juntamente com o material voltado à população, dois materiais extras: o **Material Suplementar** com as referências utilizadas e demais materiais de interesse; e um terceiro material com as **Recomendações para Gestores e Profissionais da Saúde**, que aborda os motivos para

conhecer o Guia, os aspectos em que o mesmo pode auxiliar na atuação profissional e, ainda, como deve ser inserido na prática do trabalho.

Em 20 páginas de conteúdo fluido e didático, o material de Recomendações apresenta todas as estratégias a serem abordadas pela equipe de trabalho para a difusão do conteúdo e aplicação no ambiente de trabalho. Buscando sanar dúvidas, dando exemplos práticos e demonstrando a importância do uso do Guia, esse material extra dá exemplos práticos e simples de serem aplicados. Um dos exemplos é como o uso do conteúdo do Guia pode auxiliar em campanhas, como o Dia Mundial da Atividade Física, Saúde Mental, Saúde da Mulher, e outras previstas no calendário do SUS.



FIQUE LIGADO!

Profissional de saúde, o **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** é um grande marco no que diz respeito à importância da prática de atividade física, reconhecendo o seu papel na prevenção de doenças e demais benefícios envolvidos. O material deve ser implementado na rotina de trabalho e difundido para a população e equipe, de forma que melhore a qualidade das informações prestadas às pessoas e que resulte em qualidade de vida e saúde para a população alvo.

4.4. Benefícios e recomendações da prática de atividade física e práticas corporais

4.4.1. Benefícios

Neste tópico, ficará evidente a importância da ajuda de toda a equipe na promoção da prática de atividade física e práticas corporais, reforçando até que ponto vai a atuação de cada profissional. Para começarmos, vale lembrar dois conceitos importantes:



GLOSSÁRIO

Exercício Físico: é a prática sistematizada de atividade física, feito de forma periodizada, com objetivos definidos, orientado por um profissional de Educação Física.

Atividade Física: movimentações corporais que geram um gasto energético acima do repouso e podem ser realizadas no momento de deslocamento, afazeres domésticos, no trabalho e no lazer.

Para facilitar o entendimento, atividade física e práticas corporais serão o foco desse tópico, bem como toda a equipe que pode colaborar para a orientação das pessoas e difusão da prática, estimulando uma vida mais ativa e saudável.



NA PRÁTICA!

Os benefícios da prática de atividade física são inúmeros e ocorrem de forma individual.

Exemplo prático:

1) Uma pessoa com queixa de insônia frequente:

Citar os benefícios da atividade física sobre a melhora na qualidade do sono, controle da ansiedade, aumento na disposição para atividades diárias e melhora do humor. Além disso, orientá-lo a procurar em sua rede de atendimento, práticas corporais oferecidas e atividades coletivas de lazer, arte e esportes.

2) Uma pessoa queixando dores no corpo relacionadas a jornada de trabalho:

Explicar os benefícios de alongar todo o corpo antes e após o trabalho, a importância das pausas durante a jornada e a importância de uma rotina de exercícios físicos para aumentar o condicionamento e fortalecimento, preparando melhor o corpo e fazendo com que o impacto do ambiente de trabalho seja menor. Como complemento, a Acupuntura pode ser aliada e também o uso de plantas medicinais, estimulando o uso da Fitoterapia Tradicional Chinesa como auxiliar no tratamento a partir de estratégias que aprimorem o descanso e o relaxamento da pessoa.

4.4.2. Recomendações

A principal forma de se recomendar a prática de atividade física e práticas corporais é entender quem é a pessoa, qual ambiente ela vive e como é sua rotina e contexto de vida. Busque explorar estruturas próximas de sua casa ou do trabalho e oriente sobre como inserir a atividade física nas tarefas diárias.

Durante o atendimento, a pessoa deve sempre ser estimulada a usar estruturas próximas a sua casa. Se possível, faça um rastreio de praças, quadras, pistas de caminhada e outras áreas que possam ser utilizadas dentro da área da UBS de atuação e sugira durante o atendimento. Além disso, oriente os agentes de saúde para abordarem o assunto durante as visitas domiciliares. As práticas corporais oferecidas pela rede devem ser divulgadas e estimuladas durante as visitas e atendimentos, oferecendo, além da atividade física, atividades que o integrem com o ambiente em que ele vive, estimule o conviver coletivo, possibilite atividades culturais e sejam formas de expressão.

Vale lembrar que o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, engloba todas as recomendações por faixas etárias e com inúmeros exemplos, devendo ser a base principal para a recomendação dentro de uma rotina de atendimentos na qual, nem sempre, o tempo é suficiente para discutir sobre todos os assuntos.

Exemplos de recomendações básicas aplicáveis à maioria das pessoas, que podem ser adotadas em um atendimento:

- priorizar a movimentação;
- usar escadas ao invés de elevador;
- carregar sacolas de compras sempre que possível;
- realizar caminhadas no trajeto para o trabalho e demais atividades;
- praticar esportes e outras atividades que gostem no momento de lazer;
- interromper longas jornadas sentado fazendo uma caminhada e alongando o corpo;
- esperar em filas de pé ao invés de sentado.

Toda movimentação importa! O ideal é sempre fazer o máximo possível dentro da rotina de atividades diárias.

Segundo as novas recomendações da OMS, publicadas em 2020, o tempo mínimo de atividade física que um adulto deve praticar é de 150 minutos para atividade física moderada e 75 minutos para atividades intensas. Pessoas não habituadas devem começar de forma leve e ir aumentando a frequência e intensidade aos poucos.

Atividade física leve: exige esforço físico mínimo e altera pouco a frequência cardíaca e respiração. Fonte: Guia de Atividade Física para a População Brasileira

Atividade física moderada: exige um pouco mais de esforço do que a leve e aumenta moderadamente a frequência cardíaca e aumenta a frequência respiratória. Fonte: Guia de Atividade Física para a População Brasileira

Atividade física vigorosa: Exige grande esforço físico e aumenta muito a frequência cardíaca e respiratória. Fonte: Guia de Atividade Física para a População Brasileira

A OMS também destaca que qualquer quantidade de atividade física já promove benefícios para a saúde do praticante, reforçando que qualquer movimentação conta!

Durante as visitas domiciliares e consultas médicas, o assunto sobre a prática de atividade física pode ser abordado dentro das recomendações gerais ou mesmo no momento das queixas prestadas pelas pessoas no início do atendimento. Informe os benefícios da atividade física na prevenção e tratamento dos sintomas apresentados. Sempre que possível, discuta e adote estratégias que auxiliem na adesão e na promoção de mudanças no estilo de vida, tais como:



1. identificar o que motiva a pessoa a praticar alguma atividade;
 2. descobrir o seu histórico de práticas corporais e resgatar os hábitos;
 3. identificar, em seu ambiente, quais espaços estimulam esses hábitos de forma individual ou coletiva;
 4. estimular a procura por redes de apoio na comunidade para a prática de atividade;
 5. orientar sobre a importância dessas práticas também em grupos especiais;
 6. sempre que possível e necessário, acionar os profissionais do NASF.
- Fonte: Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasil, 2014.

4.4.3. Práticas exitosas

Toda ação que promova o aumento da atividade física, através de um processo planejado, replicável, sustentável e que garanta o envolvimento e o vínculo do usuário com o serviço de saúde, bem como a autonomia do indivíduo para o engajamento nas decisões e conhecimentos que possam contribuir para o autocuidado, é considerada uma prática exitosa de atividade física (BRASIL, 2021).

Lançado em 2021, o material de Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo auxiliar profissionais de saúde a planejarem e avaliarem suas práticas de atividade física, para torná-las replicáveis e sustentáveis no SUS. Visa ainda propiciar maior participação e autonomia dos usuário.



SAIBA MAIS!

O material **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**, disponível aqui, aborda conceitos sobre o que é caracterizado como uma prática exitosa de atividade física e estratégias para a avaliação e desenvolvimento dos atributos dessas práticas.



A avaliação das práticas já implementadas na APS é fundamental para buscar a melhoria de indicadores e do processo de trabalho dos profissionais, bem como a elaboração de novas estratégias e tomadas de decisão mais assertivas. Para alcançar resultados efetivos é importante que as ações sejam pensadas e elaboradas por toda equipe e estejam alinhadas com as experiências profissionais, proporcionando a troca de conhecimento entre as diferentes áreas. Ademais, é de suma importância que esteja alinhada ainda com a realidade da saúde pública brasileira e seja guiada por recomendações efetivas (BRASIL, 2021).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasil, 2021. Disponível em: <http://189.28.128.100/>

- dab/docs/portaldab/publicacoes/desenvolvimento_atividade_fisica.pdf. Acesso em: 10 jan.2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso. 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 10 jan.2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Brasil, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 02 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Programa Academia da Saúde:** caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasil, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf. Acesso em: 02 fev.2022.
- BULL, Fiona C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 02 fev.2022.



CAPÍTULO 5
**ESTILO DE VIDA:
TABAGISMO E ETILISMO**

Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha, Tábatta Renata Pereira de Brito,
Helen Hermana Miranda Hermsdorff

5.1. Tabagismo como problema de saúde pública

O tabagismo, definido como o consumo de derivados do tabaco, pode ser feito de diferentes formas, tais como tabaco fumado e tabaco não fumado (BRASIL, 2015a). É reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco e se inclui na 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas (INCA, 2021; BRASIL, 2020). No Brasil, o **tabaco fumado** é a forma predominante do uso do tabaco (**Quadro 17**).

Quadro 17: Formas de consumo do tabaco

Nomenclatura	Significado
Tabaco fumado	Tabaco consumido a partir da sua queima, que gera “fumaça”, como o cigarro industrializado, cachimbos, charutos, cigarros de palha e narguilé
Tabaco não fumado	Tabaco consumido sem a sua queima, ou seja, sem gerar “fumaça”. Pode ser deixado entre a gengiva e o lábio (superior ou inferior), mascado, inalado ou aplicado sobre a pele. As formas mais comuns são o tabaco mascado e o rapé (tabaco em pó, aspirado pelo nariz).
Tabagismo passivo	Exposição à poluição tabagística ambiental em locais fechados ou cobertos, que está associado ao desenvolvimento de doenças e agravos à saúde

Fonte: Adaptado de Inca, 2021 e Brasil, 2015a.

O tabagismo é um problema de saúde pública mundial, tratado como epidemia por organizações sanitárias e instituições de pesquisa. Atualmente, há quase um bilhão de fumantes de tabaco com idade igual ou superior a 15 anos em todo o

mundo. Desse total, 84,7% são homens e 15,3% mulheres (OMS, 2021). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, a prevalência de tabagismo em adultos com 18 anos ou mais é de 12,6%, e segue a tendência mundial de maior percentual entre homens (15,9%), em relação às mulheres (9,6%). A prevalência é inversamente proporcional ao nível de instrução e maior na raça/cor preta e parda (IBGE, 2019) (Figura 16).

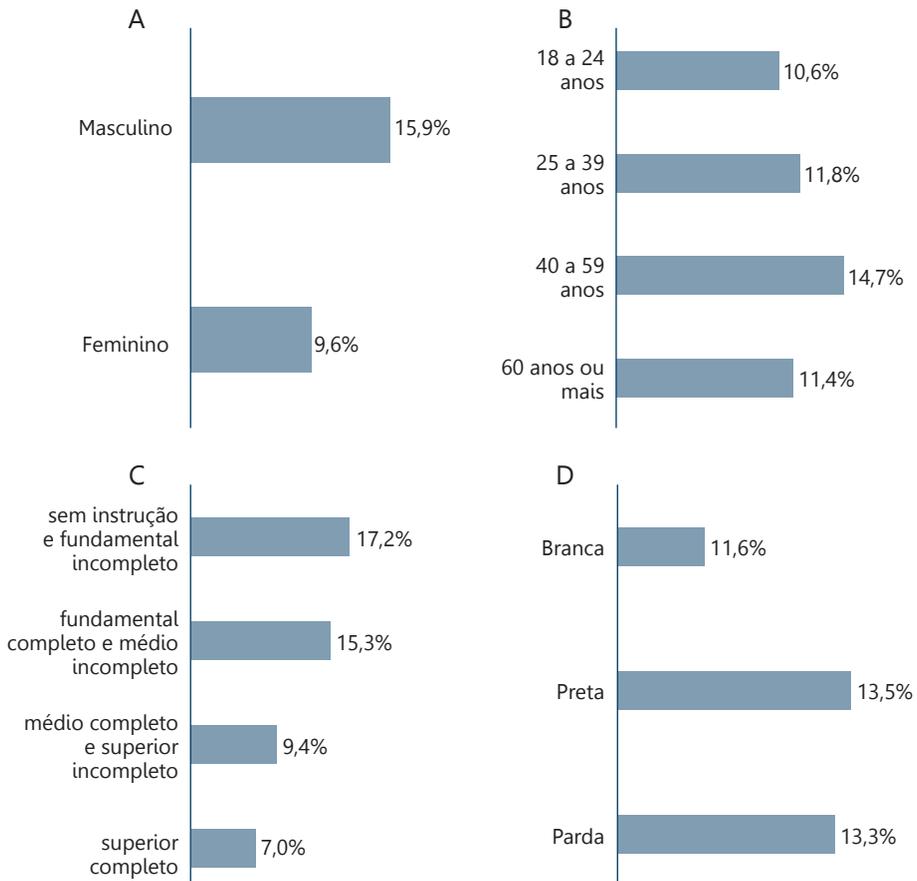


Figura 16: Prevalência de tabagismo em adultos (≥ 18 anos) por (A) sexo, (B) faixa etária, (C) nível de instrução, (D) cor/raça.

Fonte: IBGE, 2019.

O tabagismo, além de ser uma doença, é um importante fator de risco para doenças pulmonares e cardíacas, doenças crônicas respiratórias, cânceres e diabetes. Está ainda associado ao desenvolvimento de outras enfermidades, como tuberculo-

se, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose e catarata, entre outras (OMS, 2021; INCA, 2021).

Assim, o tabagismo se destaca entre os fatores de risco modificáveis para prevenção das DCNT, sendo considerado uma das maiores causas evitáveis de morte prematura do mundo (OMS, 2021). De acordo com a pesquisa da Carga Global de Doenças (do inglês, *Global Burden of Disease Study* - GBD), em 2019, o tabagismo foi responsável por quase 9 milhões de mortes por ano no mundo (MURRAY et al., 2020). O tabagismo ainda resultou em mais de um milhão de mortes de não-fumantes expostos ao fumo passivo (MURRAY et al., 2020).

No Brasil, o país com a maior população da América Latina, o tabaco é responsável por 156.217 mortes ao ano, com um custo de quase 12 bilhões de dólares, que representam cerca de 5,7% do orçamento de saúde do país (PICHON-RIVIERE et al., 2020).

Mais recentemente, a pandemia de COVID-19 apresentou uma crise de saúde pública mundial sem precedentes e, nesse contexto, a obesidade, as doenças cardiovasculares, o diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crônica, emergiram como fatores de risco para COVID-19 na sua forma mais grave e também para mortalidade (DU et al., 2021; STEFAN; BIRKENFELD; SCHULZE, 2021; ZHENG et al., 2020). Além de estar associado a essas DCNT, pelo comprometimento que provoca na função pulmonar, o tabagismo pode também aumentar a gravidade da COVID-19 (OMS, 2021). Vários estudos de revisão sistemática têm confirmado essa associação entre o fumo e a gravidade da COVID-19, demonstrando que pessoas fumantes ou com histórico de tabagismo são mais vulneráveis a progressão da COVID-19, com riscos aumentados para desenvolver a sua forma mais grave, apresentando piores resultados hospitalares em relação aos não fumantes (GÜLSEN et al., 2020; PATANAVANICH; GLANTZ, 2020; REDDY et al., 2021).

5.1.1. Políticas públicas voltadas para o abandono ao tabagismo

Na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS) foi aprovada, sendo o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS (BRASIL, 2015a). A CQCT/OMS representou um compromisso internacional que reconheceu o tabagismo como um importante problema de saúde pública em todo mundo, o qual necessita de ampla cooperação e participação de todos os países para uma resposta

internacional efetiva, apropriada e abrangente. O objetivo da CQCT/OMS é de proteger gerações presentes e futuras das consequências de saúde, sociais, ambientais e econômicas, devastadoras do consumo de tabaco e exposição ao fumo do tabaco (OMS, 2003).

A adesão do Brasil ao CQCT foi ratificada pelo Senado Federal, em 2005, e progressivamente incorporou as medidas definidas na CQCT dentro de seu Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), especialmente por meio da Comissão Nacional para Implementação da CQCT (CONICQ) e da Comissão de Internalização da CQCT (CICQTC) (BRASIL, 2015a). O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a esse propósito, intensificado desde a década de 1980 (BRASIL, 2015a).

A OMS recomenda a implementação de seis medidas governamentais para o controle do tabagismo, alinhadas com a Convenção-Quadro da OMS, que coletivamente são conhecidas como MPOWER (**Figura 17**). Todas essas medidas são econômicas, impactantes e fornecem um retorno significativo. Assim, a Organização Mundial da Saúde recomenda a adoção do MPOWER de forma integral (OMS, 2021).

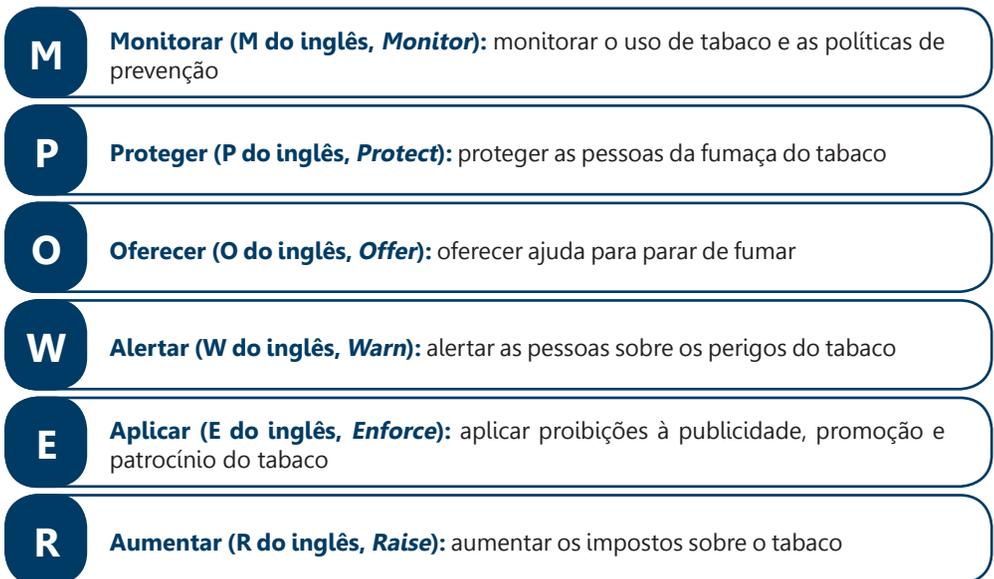


Figura 17: Seis medidas MPOWER para o controle do tabagismo.

Fonte: OMS, 2021.

O relatório mais recente da OMS sobre a epidemia global do tabaco, mostrou que, atualmente, 75% dos países e cerca de 5,3 bilhões de pessoas (69% da população mundial) estão cobertas por pelo menos uma das medidas MPOWER, 4,2 bilhões a mais em relação a 2007. O aumento da cobertura global de medidas MPOWER contribuiu para redução da prevalência global de tabagismo de 22,7% para 17,5%, entre 2007 e 2019 (OMS, 2021). Em relação às ações MPOWER, o relatório mostra que:

- 1) Monitorar:** Metade do mundo está coberto por sistemas de monitoramento de uso de tabaco. Assim, o monitoramento ainda é um desafio para muitos países, especialmente os de baixa renda. Os países de alta renda apresentam, em sua maioria, uma cobertura abrangente. Contudo, 25% desses países não apresentaram boa cobertura populacional dos últimos 5 anos, apesar de possuírem maiores recursos. Ainda, com a pandemia do COVID-19, muitas pesquisas populacionais no ano de 2020 foram prejudicadas, e foram atrasadas ou até mesmo canceladas.
- 2) Proteger:** Em relação à legislação de ambientes livres de tabaco, apenas 24% da população mundial está completamente protegida do fumo passivo.
- 3) Oferecer:** O aumento de pessoas com acesso a serviços de tratamento para cessar o tabagismo, aumentou de 5% para 32%, entre 2007 e 2020. Porém, ainda é insuficiente para atender os 60% da população mundial que apresenta interesse em parar de fumar. E em relação as outras medidas MPOWER, o oferecimento de programas voltados para o tratamento do tabagismo foi a que apresentou menor progresso, com um aumento discreto de 1% entre 2018 e 2020.
- 4) Alertar:** Mais da metade da população mundial tem acesso a rótulos de advertência gráfica sobre os impactos do tabagismo para a saúde, que cobrem pelo menos metade da embalagem do tabaco. Essa foi a medida MPOWER que apresentou maior progresso, desde 2007, quando tinha uma cobertura populacional de apenas 5%.
- 5) Aplicar:** As proibições de publicidade, promoção e patrocínio de tabaco são medidas efetivas para redução da venda e do consumo do tabaco, contudo, somente ¼ da população mundial está coberta por proibições abrangentes.
- 6) Aumentar:** O aumento da tributação do tabaco, além de apresentar baixo custo para sua implementação, é a maneira mais efetiva para reduzir o seu

consumo. No entanto, essa é a medida do WPOWER menos adotada. Um em cinco países apresentam altos impostos sobre o tabaco. O relatório da Organização Mundial da Saúde aponta que apesar do aumento das taxas de impostos do tabaco ter ocorrido em alguns países, a taxação não foi compensada pelo crescimento da inflação e da renda.

O relatório da OMS destaca que o Brasil, e também a Turquia, são os únicos países no mundo que implementam integralmente todas as medidas MPOWER no seu mais alto nível de consecução (OMS, 2021).

Apesar do avanço de muitos países com relação ao controle do tabagismo, o relatório da OMS aponta falhas na regulamentação de produtos de nicotina e tabaco emergentes, como os dispositivos eletrônicos. Tais dispositivos têm se tornado populares entre crianças e adolescentes, devido a apresentação de vários tipos de sabores atraentes e alegações enganosas (OMS, 2021).



FIQUE LIGADO!

O cigarro eletrônico, também conhecido como *Electronic Nicotine Delivery Systems* (Ends), *e-cigarretes*, *e-ciggy*, *ecigar* é um produto destinado a entregar a nicotina, provinda da folha do tabaco, na forma de aerossol, sendo alguns comercializados também sem nicotina. Teoricamente, cigarros eletrônicos contendo nicotina apresentam menos impurezas que o cigarro comum, mas o mercado não apresenta um padrão de controle. Os seus usuários não se consideram fumantes e se intitulam vaporizadores (*vapers*) (MARTINS et al., 2016). De fato, estudo recente indicou que o uso de cigarros eletrônicos aumentou em quase 3,5 vezes o risco de experimentação do cigarro convencional, e em mais de 4 vezes o risco de passar a utilizar, posteriormente, o cigarro convencional. Essa transição pode ser explicada porque o uso de cigarros eletrônicos contendo nicotina reproduz comportamentos do tabagismo (movimentos mão-boca, inalação e expiração); pode causar dependência da substância; além de apresentar maior custo em relação ao cigarro convencional. Assim, o uso de cigarro eletrônicos se apresenta um risco para o controle do tabagismo (REDDY et al., 2021).

5.1.2. Abordagem da pessoa tabagista

De acordo com dados do PNS 2019, quase metade (46,6%) dos fumantes atuais do tabaco tentaram parar de fumar no último ano, sendo a tentativa maior entre mulheres (50,8), em relação aos homens (43,8%). Contudo, apenas 15,9% dos fumantes que tentaram parar de fumar afirmaram que utilizaram aconselhamento de profissional de saúde no último ano (IBGE, 2019).

Nesse sentido, aos profissionais e gestores da saúde deve ser incentivada a identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista no seu território. Aos profissionais de saúde cabe também, sempre que possível, a promoção de ações de informação, incentivo e apoio ao abandono do tabagismo (**Figura 18**) (BRASIL, 2015a).

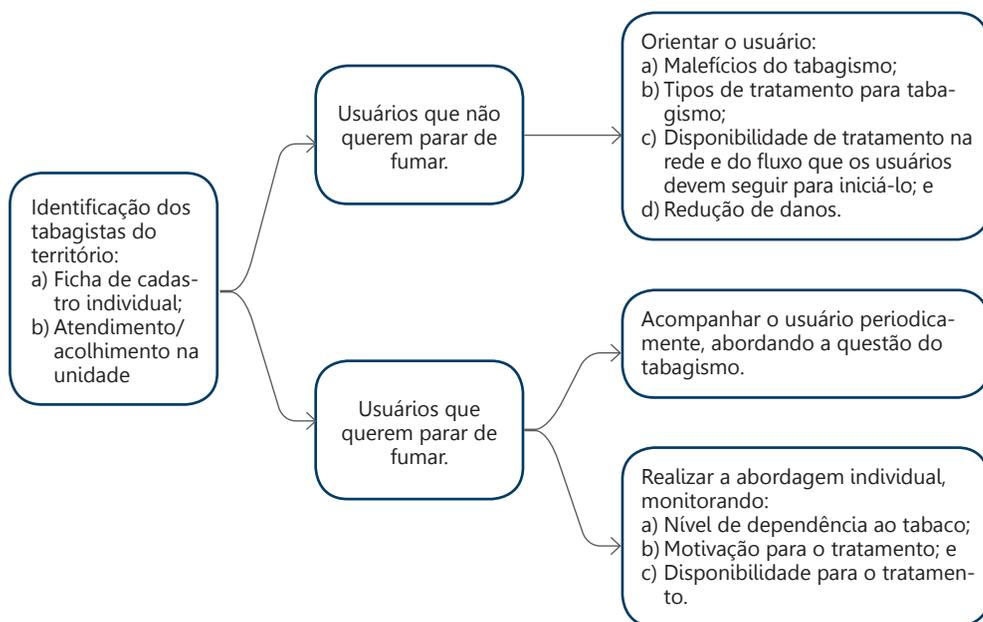


Figura 18: Identificação e abordagem da pessoa tabagista no território.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 48.

Uma medida rápida de estímulo à cessação do tabagismo, são as ações de “Boas Práticas no Tratamento do Tabagismo” por profissionais da saúde, que constituem em pelo menos um aconselhamento breve/mínimo (máximo 3 minutos) para parar de fumar durante uma situação de atendimento em saúde, como uma

consulta médica, psicológica, nutricional, assistencial, odontológica, de atividade física ou estética. Devido ao seu amplo alcance, o impacto em termos de saúde pública parece ser superior, com abordagens breves em um maior número de usuários em relação a abordagens intensivas direcionadas a poucos usuários (BRASIL, 2015a; INCA, 2021).

Em uma consulta de rotina, os profissionais de saúde devem preferir a abordagem básica (3-5 minutos). Ela consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar um fumante para que deixe de fumar (INCA, 2021).



SAIBA MAIS!

Sugestão de Leitura!

Como abordar o paciente na cessação do tabagismo. Clique pra acessar!



Essas abordagens rápidas, repetidas em cada consulta, que reforçam os malefícios do tabaco e a importância da cessação do seu uso, contribuem de forma significativa para o aumento das taxas de abstinência (BRASIL, 2015a).

5.1.3. Diagnóstico de dependência

No atendimento ao usuário de tabaco, não são utilizados exames físicos, laboratoriais ou de imagem para o diagnóstico de dependência. O critério diagnóstico se baseia na dependência da nicotina, sendo considerados dependentes aqueles indivíduos que tenham apresentado, no ano anterior, pelo menos três dos critérios a seguir (**Figura 19**).

Para avaliar o grau de dependência à nicotina, recomenda-se aplicar o Teste de Fagerström, composto de seis perguntas, com escore final de 0 a 10 (**Quadro 18**). Para resultados acima de 6 pontos, considera-se que a dependência à nicotina causa sintomas desconfortáveis nas pessoas que tentam parar de fumar, conforme **Figura 20** (INCA, 2021; MS, 2020).

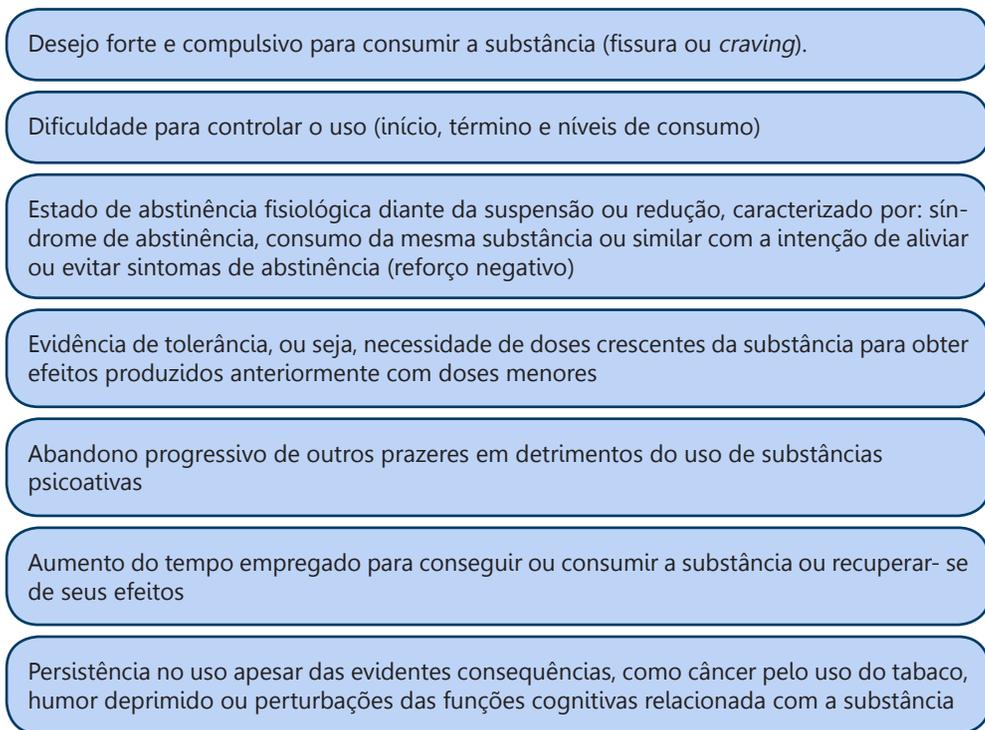


Figura 19: Critérios para definição de dependência.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015a, p. 125.

Quadro 18: Teste de Fagerström.

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	() Nos primeiros 5 minutos () De 6 a 30 minutos () De 31 a 60 minutos () Mais de 60 minutos	3 2 1 0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	() Sim () Não	1 0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	() O 1° da manhã () Os outros	1 0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	() Menos de 10 () 11-20 () 21-30 () Mais de 31	0 1 2 3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	() Sim () Não	1 0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	() Sim () Não	1 0

Fonte: BRASIL, 2020.

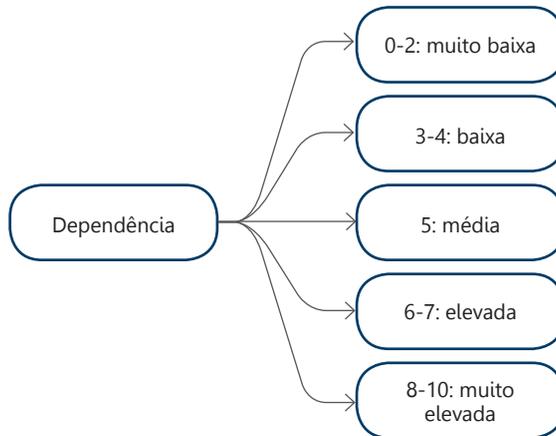


Figura 20: Avaliação do resultado do Teste de Fagerström.

Fonte: INCA, 2021.

5.1.4. Tratamento

O tratamento para os que desejam parar de fumar, é uma importante estratégia de controle do tabagismo amparado pelo SUS, que estabelece as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista, por meio da Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013 (**Figura 21**) (BRASIL, 2013a).

Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas:

- I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;
- II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;
- III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;
- IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;
- V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e
- VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Figura 21: Diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas.

Fonte: BRASIL, 2013a, art. 2.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, estabelece critérios diagnósticos e terapêuticos para tabagistas atendidos nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um protocolo de caráter nacional, aprovado pelo Ministério da Saúde, que deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos (BRASIL, 2020).



SAIBA MAIS!

Acesse aqui o **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo:**

Versão completa



Versão resumida



No SUS, o tratamento deve ser iniciado em qualquer nível de atenção à saúde, mas, preferencialmente na APS devido a sua capilaridade, a qual permite maior alcance territorial e, conseqüentemente, populacional (BRASIL, 2020). Assim, o tratamento para cessação do tabagismo deve ser valorizado e priorizado nas UBS tanto quanto os tratamentos para hipertensão ou diabetes. Trata-se de um tratamento “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, pois a capacitação profissional e a aquisição de medicamentos representam um ônus muito menor do que o tratamento das DCNT relacionadas ao tabagismo (BRASIL, 2015a). Além disso, os profissionais da APS podem oferecer um cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, e como facilidade de fortalecimento do vínculo com o paciente, o que contribui para o aumento da efetividade do tratamento para cessação de tabagismo (BRASIL, 2015a).

O tratamento para cessação do tabagismo consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva, acompanhado, salvo em casos que necessitam também de tratamento farmacológico (BRASIL, 2020).

5.1.4.1. Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico do tabagismo se apoia na terapia cognitivo-comportamental, contando com aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e é realizado em sessões periódicas, preferencialmente semanais. O mesmo pode ser conduzido na forma de grupo de apoio, a mais indicada, mas também pode ser individual (BRASIL, 2020). Esse tratamento, quando aplicado de forma isolada, é indicado de acordo com as informações contidas no **Quadro 19**.

Quadro 19: Indicação de tratamento não farmacológico de forma isolada

Indicação para aconselhamento estruturado/abordagem intensiva de forma isolada
Relato de ausência de sintomas de abstinência.
Nº de cigarros consumidos diariamente ≤ 5 .
Consumo do primeiro cigarro do dia ≥ 1 hora após acordar.
Pontuação no teste de Fagerström ≤ 4 .

Fonte: BRASIL, 2020, p. 29.

O aconselhamento estruturado/abordagem intensiva deve ser coordenado por profissionais de saúde, de nível superior, capacitados, tendo como sugestão, temas para cada sessão (**Figura 22**).

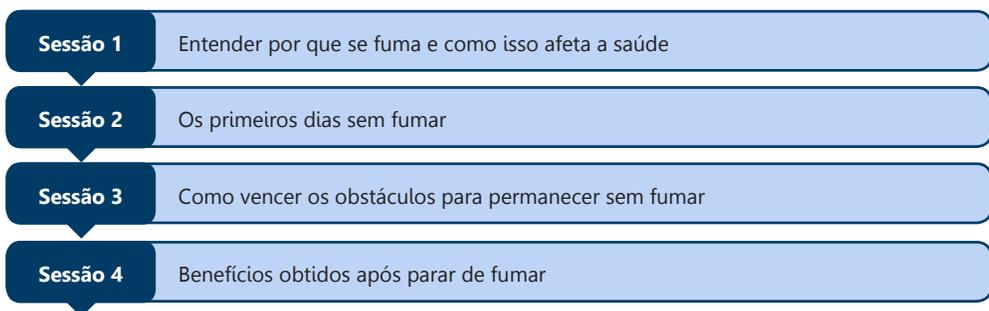


Figura 22: Temas para as sessões iniciais de aconselhamento estruturado/abordagem intensiva para a cessação do tabagismo.

Fonte: BRASIL, 2020, p. 27-28.



SAIBA MAIS!

Entenda a estrutura das sessões iniciais de aconselhamento para cessação do tabagismo, indicado pelo programa **Deixando de Fumar sem Mistérios, do INCA: Manual do Coordenador**.



Para os participantes, existe a coleção **Deixando de Fumar sem Mistérios: Manual do Participante**, com 4 volumes, que você pode acessar aqui:



Após as quatro sessões iniciais, devem ser realizadas duas sessões quinzenais para iniciar a fase de manutenção da abstinência. Nesse momento, o conteúdo das sessões não é mais estruturado, pois o objetivo é conhecer as dificuldades de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliar na manutenção da abstinência (BRASIL, 2020). Para prevenção de recaída, recomenda-se uma sessão mensal aberta, até completar 1 ano. Nessas sessões a temática também não é estruturada, mas o objetivo permanece de orientar e fortalecer a abstinência (BRASIL, 2020).

5.1.4.2. Tratamento farmacológico

Aos que têm indicação de tratamento medicamentoso, a combinação do aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e a farmacoterapia é indicada, pelo aumento da eficácia (BRASIL, 2020).

A intervenção farmacológica deve ser feita de forma individualizada, após avaliação pelo enfermeiro ou pelo médico de família. E devido à probabilidade de ocorrência de eventos adversos, deve ser feito um acompanhamento de forma regular até o final do tratamento (BRASIL, 2015a).

As opções para tratamento do tabagismo, são (BRASIL, 2015a):

- medicamentos nicotínicos (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN);
- medicamentos não nicotínicos.

Para o tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), pode ser oferecido uma combinação de: nicotina de liberação lenta – adesivo (7, 14 e 21 mg); e nicotina de liberação rápida – goma de mascar (2 mg) ou pastilha (2 mg), sendo o tratamento preferencial por sua maior eficácia (BRASIL, 2020).

Outras opções terapêuticas alternativas, são: cloridrato de bupropiona (comprimido de 150 mg, liberação prolongada); TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha); ou bupropiona associada a uma TRN isolada. Também podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada a essas opções (BRASIL, 2020).



FIQUE LIGADO!

A TRN, isolada ou em combinação, só deve ser iniciada quando o paciente deixar de fumar. Assim, a TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco (MS, 2020).



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre os esquemas de administração dos medicamentos para o tratamento do tabagismo, orientações sobre o uso, eventos adversos, contraindicações, tratamento em casos especiais, entre outros, consulte o **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo** (BRASIL, 2020).



5.1.4.3. Outras intervenções

Como forma de auxiliar a cessação do tabagismo, podem ser empregadas outras intervenções de baixo custo e boa abrangência, como contatos telefônicos de suporte – recomenda-se três ou mais contatos. Além disso, a distribuição de materiais impressos de autoajuda tem um efeito pequeno, contudo, positivo sobre a cessação. As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) oferecidas pelo SUS, como acupuntura, aromaterapia, cromoterapia, dança circular, hipnoterapia, homeopatia,

meditação, dentre outras, não devem ser utilizadas de forma isolada, mas podem ser uma alternativa complementar ao tratamento usual para cessação do tabagismo (BRASIL, 2020).

5.1.5. Monitoramento

O tratamento do tabagismo no SUS tem uma duração de 12 meses. Durante todo o período de tratamento, deve ser registrado no estabelecimento de saúde, que oferta o tratamento, a situação do paciente atendido em relação ao uso do tabaco em cada consulta, e o registro de abandono. O monitoramento deve ser realizado em todos os níveis de atenção da saúde (**Figura 23**), para construção de indicadores de adesão/abandono do tratamento.

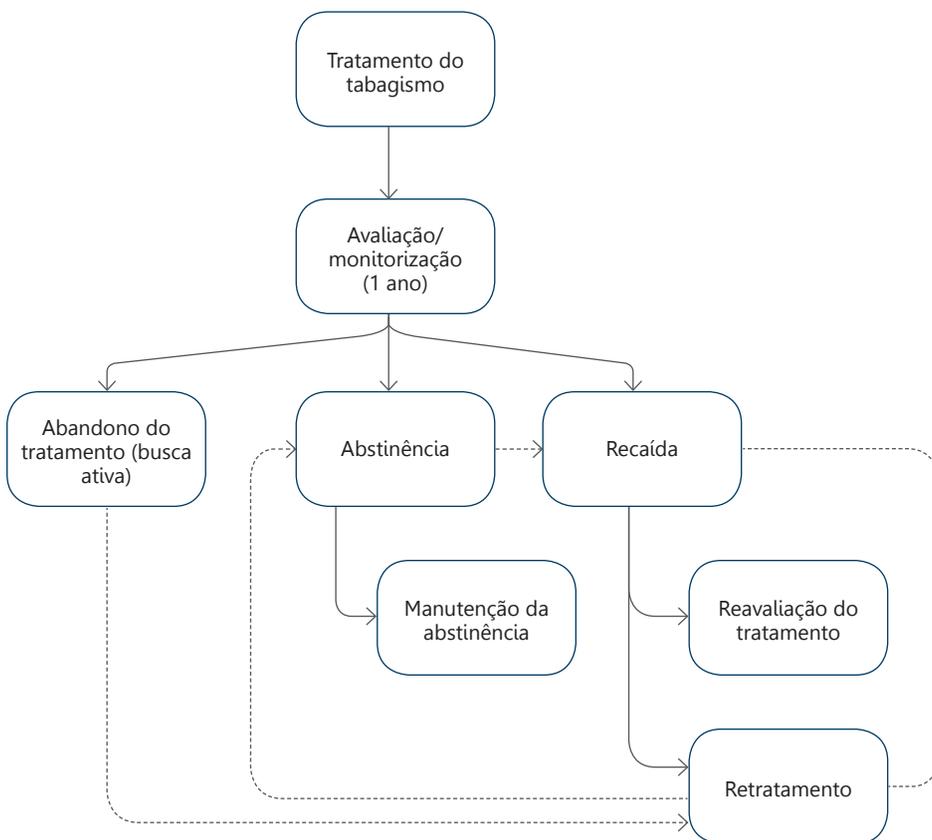


Figura 23: Monitoramento do Tratamento do Tabagismo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

5.1.6. Benefícios da cessação do tabagismo

A cessação do tabagismo tem benefícios imediatos, de curto e longo prazo na saúde das pessoas (**Figura 24**). Além dos benefícios sobre a redução do risco relacionado às doenças crônicas, há outros benefícios relevantes relacionados à qualidade de vida (**Figura 25**) (BRASIL, 2015a).

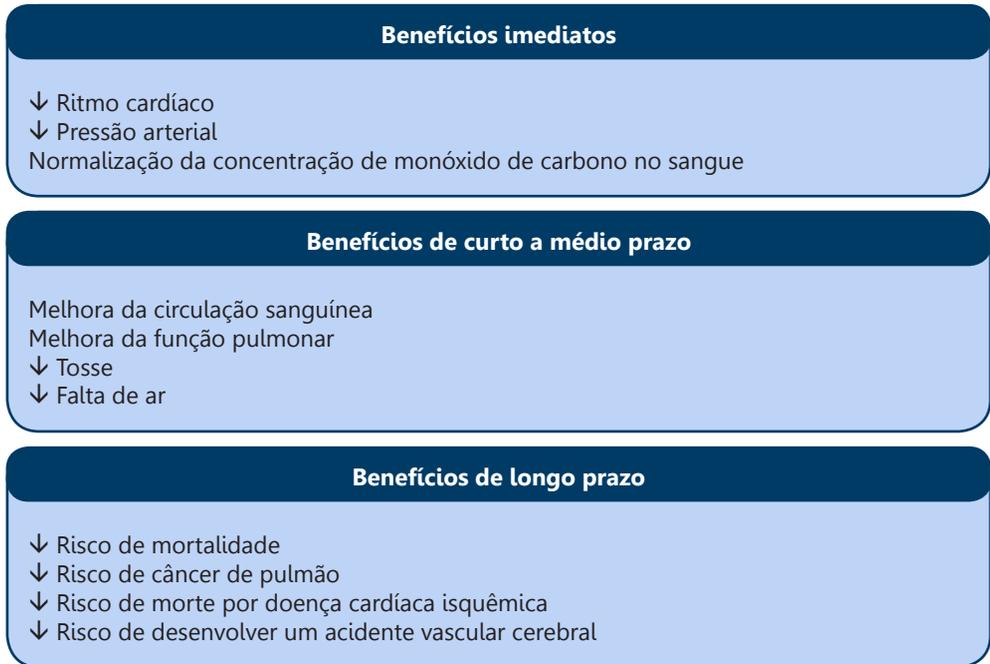


Figura 24: Benefícios para a saúde das pessoas que param de fumar.

Fonte: OMS, 2021.

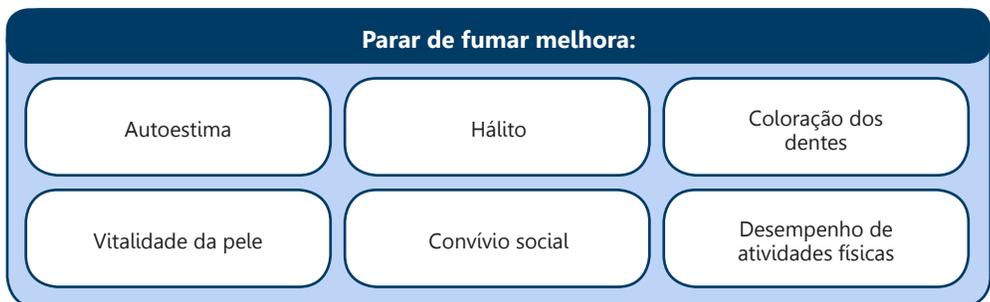


Figura 25: Benefícios para a qualidade de vida das pessoas que param de fumar.

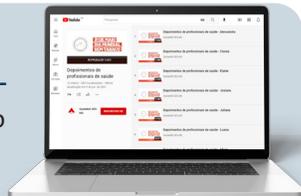
Fonte: BRASIL, 2015a.

**SAIBA MAIS!**

Saiba mais sobre o programa de cessação do tabagismo Confira o Webnário **Comprometa-se a parar de fumar**” do Instituto Nacional de Câncer.

**SAIBA MAIS!**

Confira também a playlist **Depoimento dos profissionais da saúde**, sobre os serviços de tratamento do tabagismo.

**SAIBA MAIS!**

O que o cigarro tem a ver com o ganho ou perda de peso?” Confira no Podcast Saúde Brasil.



5.2. Etilismo

O **etilismo** ou **dependência do álcool** é uma doença crônica e multifatorial, e um dos transtornos mentais mais comuns associados ao álcool. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, esse quadro representa um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool, com manifestação de sintomas tais como (CISA, 2014, 2021; LARANJEIRA et al., 2007):

- forte desejo de consumir bebidas alcoólicas;
- dificuldade de controlar o consumo;
- uso continuado apesar das consequências negativas;
- maior prioridade dada ao uso da substância em detrimento de outras atividades, obrigações e atividades prazerosas que antes eram consideradas de maior valor;
- desenvolvimento de tolerância (necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância);
- estado de abstinência física (sintomas como sudorese, tremores e ansiedade quando a pessoa está sem o álcool).

O uso **abusivo** ou **nocivo de álcool**, por outro lado, não está associado à perda de controle sobre o consumo, isto é, não há sinais ou sintomas para classificação de dependência; porém, representa um padrão de consumo considerado prejudicial do ponto de vista físico, psicológico ou social (CISA, 2021; LARANJEIRA et al., 2007).

Outra forma de uso prejudicial do álcool, é a prática de beber um volume excessivo de álcool em um curto espaço de tempo, chamada de *binge drinking* ou beber em *binge*, que é o padrão de consumo abusivo ou beber pesado episódico (BPE) (CISA, 2021; LARANJEIRA et al., 2007; OMS, 2018). Para a OMS, o BPE é definido pelo consumo de mais de 60 gramas de álcool puro em pelo menos uma ocasião durante os últimos 30 dias (OMS, 2018). Beber nessas quantidades, ou acima delas, está associado a importantes modificações neurológicas (desinibição, comprometimento cognitivo, redução da atenção, da capacidade de julgamento, da coordenação motora, entre outros) que podem acarretar em problemas físicos, sociais e mentais; além de aumentar o risco de intoxicações (LARANJEIRA et al., 2007).

O consumo moderado de álcool é estabelecido como o consumo máximo de 1 e 2 doses padrões em um único dia para mulheres e homens (**Figura 26**), respectivamente (LARANJEIRA et al., 2007).



Figura 26: Equivalência da dose padrão (14 g de etanol puro) em diferentes tipos de bebidas alcoólicas.

Fonte: CISA, 2021.

O uso de substâncias psicoativas se configura como importante problema de saúde pública do século XX. Dentre elas, o álcool se destaca por ser a droga mais consumida no mundo, seja por uso social ou abuso prejudicial. Isso se dá porque o seu consumo é amplamente aceito como parte de práticas culturais, religiosas e sociais. Mais de 2 bilhões de pessoas (43% da população mundial), com 15 anos ou mais, consomem álcool (OMS, 2018). E em todo o mundo, mais de um quarto (26,5%) de todos os jovens de 15 a 19 anos bebem atualmente (OMS, 2018).

O uso nocivo do álcool é um fator de risco importante para saúde da população e que afeta também metas relacionadas com a saúde materno-infantil, doenças infecciosas (HIV, vírus hepatite, tuberculose), DCNT e saúde mental, lesões e envene-

namentos (OMS, 2018). O seu uso tem efeitos que ultrapassam a dependência e os problemas de saúde (**Figura 27**), pois repercutem sobre a sociedade de forma prejudicial quando associado à violência, em especial, na forma da violência doméstica, cuja propensão ao problema aumenta com a quantidade e frequência de consumo (SANTOS; DE OLIVEIRA, 2013).

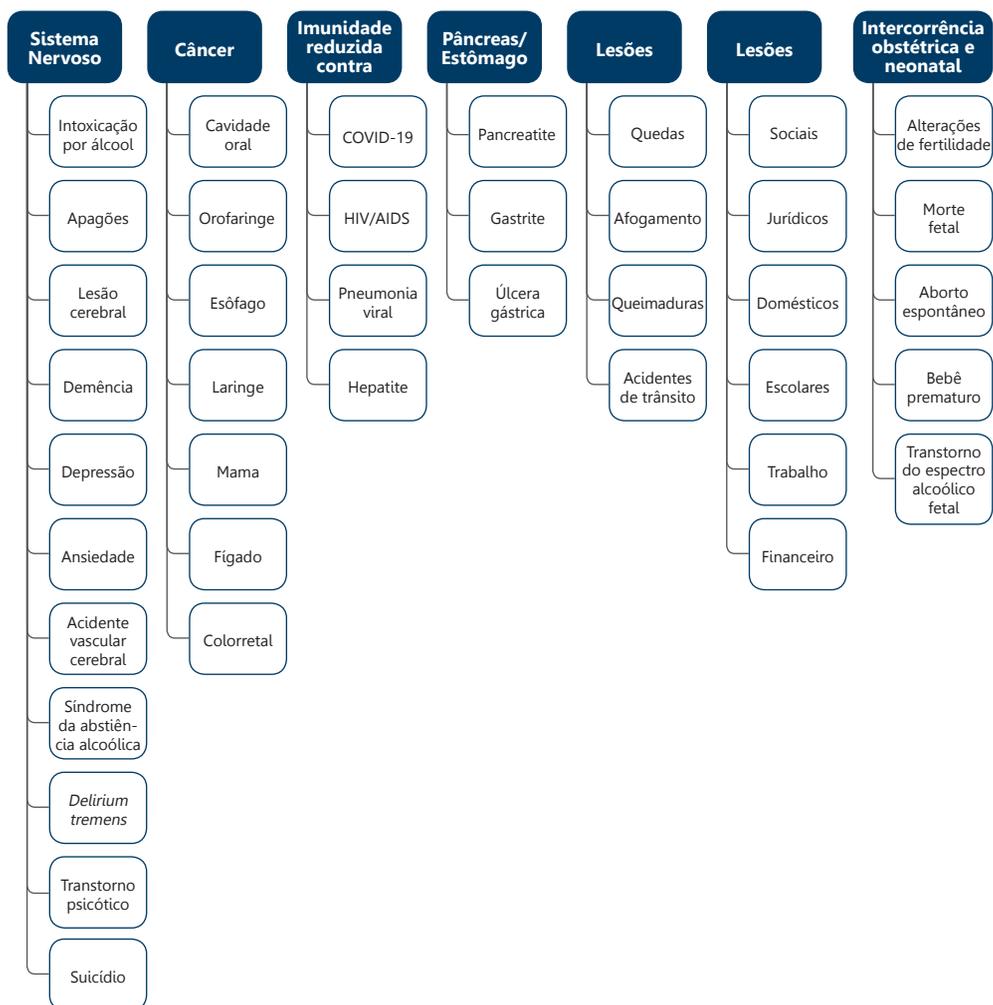


Figura 27: Riscos à saúde associados ao consumo abusivo de álcool.

Fonte: Adaptado de OPAS, 2021a; OPAS, 2021b.

Ainda que existam estudos apontando benefícios sobre o consumo leve ou moderado de álcool, é importante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não existe limite seguro para o consumo do álcool e que o dano à saúde aumenta com a quantidade consumida (GRISWOLD et al., 2018; OMS, 2018).

Uma pesquisa *online* realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em 33 países da América Latina e do Caribe, com mais de 23 mil adultos maiores de 18 anos, apontou que durante a pandemia da COVID-19 houve uma redução da prevalência do consumo pesado esporádico de bebidas alcoólicas (BPE) de 49,8%, em 2019, para 32,0%, em 2020 (OPAS, 2020a). Contudo, a prevalência permaneceu alta. Entre os entrevistados que já tinham esse comportamento de BPE, em 2019, o aumento da frequência foi de 16,9%. Já entre os que não relataram BPE, 5,6% aumentaram o consumo de álcool de modo que passaram a ter um comportamento de BPE durante a pandemia (OPAS, 2020a).

A prevalência de BPE foi maior entre adultos jovens (18 a 39 anos), e diminuiu com o aumento da idade. O estudo mostrou a importância da saúde mental durante a pandemia: aqueles que tiveram pelo menos um sintoma/sentimentos emocionais, aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas, incluindo o BPE (OPAS, 2020a). Um dado importante desse estudo foi que a grande maioria (aproximadamente 9 em cada 10) que tem a prática de BPE, nunca buscou ajuda (OPAS, 2020a).



FIQUE LIGADO!

Álcool e o Tabagismo

Os consumidores de álcool são mais propensos a fumar e fumantes são mais propensos a consumir álcool. Essa relação bidirecional entre fumo e álcool é bem documentada e dose dependente, ou seja, o maior consumo de um está relacionado ao consumo aumentado do outro. Assim, as políticas, estratégias e intervenções de saúde pública, devem levar em conta a associação frequente do consumo de álcool com o tabagismo, além de outras substâncias psicoativas, como opioides e benzodiazepínicos, e maconha (BRASIL, 2015).

5.2.1. Políticas Públicas

A Política Nacional sobre o Álcool, publicada pelo Decreto n. 6.117/2007, tem por objetivo estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o

enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais à saúde e à vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007). Assim, esse documento apresenta as diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool e as medidas para redução do uso indevido de álcool, prevenindo os danos à saúde e à vida, bem como a sua associação com a violência e criminalidade, divididas em nove categorias que tratam sobre:

- 1) diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
- 2) propaganda de bebidas alcoólicas;
- 3) tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
- 4) realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
- 5) redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
- 6) segurança pública;
- 7) associação álcool e trânsito;
- 8) capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
- 9) estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.

Posteriormente, a Lei complementar n. 11.705, sancionada em 19 de junho de 2008, conhecida como a Lei Seca, alterou o Código de Trânsito Brasileiro e impôs penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool (BRASIL, 2008). Desde os seus 13 anos de implementação, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) mostram que a mortalidade por lesões de trânsito tem caído, e os resultados positivos são atribuídos ao enrijecimento da Lei Seca, além de outros fatores associados, como o Programa Vida no Trânsito (PVT), coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, que melhorou a rigidez no que se refere a redutores de velocidade e fiscalização sobre a associação entre beber e dirigir (VICTOR, 2021).

Em 2015, a Lei n. 13.106 alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente e tornou crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a adolescentes ou crianças sob pena de detenção de 2 a 4 anos, além de multa de R\$ 3 mil a R\$10

mil. Estabelecimentos comerciais que descumprirem a lei podem ser multados e interditados (BRASIL, 2015b).

Em virtude do impacto global do consumo de álcool, a OMS estabeleceu uma meta global de redução do consumo de álcool em 10% para 2025. Para atingir esse objetivo, a OMS propõe cinco medidas estratégicas, chamadas coletivamente de SAFER (**Figura 28**), que apresenta um conjunto de orientações aos países sobre a formulação e implementação de políticas sobre o consumo de álcool baseadas em evidências sobre o seu impacto na saúde e na relação custo-benefício para população (OPAS, 2020b).

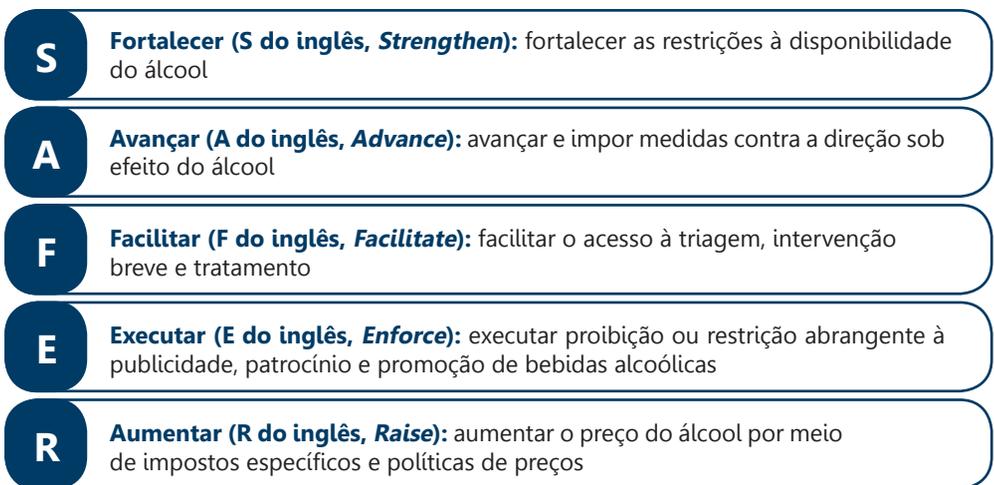


Figura 28: Intervenções SAFER.

Fonte: Adaptado de OPAS, 2020b, p. 1.

Para implementação dessas recomendações, três estratégias são fundamentais: implementar, monitorar e proteger (**Figura 29**). E uma vez que as consequências causadas pelo consumo do álcool não são exclusivamente sanitárias, mas também sociais e econômicas, medidas governamentais do setor saúde devem atuar de forma articulada e integrada com outros setores para obter uma resposta integrada, coerente e consistente para melhoria da saúde pública (MONTEIRO, 2020; OPAS, 2020b).



Figura 29: Estratégias para efetivar as recomendações SAFER.

Fonte: Adaptado de OPAS, 2020b, p. 4.

5.2.2. Abordagem da pessoa dependente

Na Atenção Básica, a abordagem do etilismo visa a detecção precoce de problemas relacionados e/ou agravados pelo consumo de álcool, como a hipertensão. É recomendado também a avaliação do padrão do consumo de álcool como rotina e, ao perceber o risco do uso frequente, algum sinal ou sintomas de abuso de álcool, buscar um diálogo com o envolvido com orientações contrárias ao consumo abusivo e encaminhar a algum serviço especializado, quando indicado (BRASIL, 2013b).

5.2.3. Diagnóstico da dependência

Existem alguns questionários para triagem da dependência de álcool, como CAGE, AUDIT, MAST, entre outros (WAGNER, 2005). Dentre esses, o AUDIT é o instrumento recomendado pela Organização Mundial da Saúde para triagem precoce e tratamento de problemas relacionados ao álcool na Atenção Básica. De fácil aplicação, o **AUDIT** é composto por 10 perguntas sobre o consumo de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao consumo do álcool nos últimos 12 meses. Cada resposta tem uma pontuação e a soma total desses pontos (0 a 40 pontos) indica a presença e a intensidade da dependência (BRASIL, 2013b; LIMA, 2005).

5.2.4. Tratamento

O tipo de tratamento vai depender do diagnóstico do abuso ou dependência de álcool de cada paciente. Algumas abordagens para o tratamento, são (CISA, 2020):

- Farmacológica;
- Psicológica;
- Grupos de ajuda mútua (ex.: AA: Alcoólicos Anônimos);
- Comunidades terapêuticas.

É importante ressaltar que existem diversas abordagens para o problema, que irão depender do olhar do profissional e da sua formação, o que resulta em uma mistura de modelos de tratamento ou intervenção. Considerando essas diferentes abordagens, parcerias com diversos setores são muito importantes e o MS considera que grupos de ajuda mútua representam um apoio necessário para pacientes e familiares, que deve ser estimulado. Assim, a integração da rede de saúde junto a esses grupos deve ser incentivada (DE OLIVEIRA, 2011).

O atendimento de pessoas com problemas no consumo de álcool, faz parte da Política Nacional de Saúde Mental que atende dependentes e seus familiares. O SUS fornece tratamentos gratuitos especializados para dependentes químicos, que ocorre em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) ou em UBS (MONTEIRO, 2020).



SAIBA MAIS!

Mapa Virtual de Localização de Grupos Anônimos, de Ajuda Mútua e de Apoio a Familiares de Dependentes Químicos

O Ministério da Cidadania disponibilizou um mapa com o georreferenciamento das unidades de atendimento de grupos anônimos e de ajuda mútua em todo o Brasil: Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon, Nar-Anon, Amor Exigente, Cruz Azul, dentre outras. No mapa, além do endereço é possível encontrar telefones, datas e horários das reuniões desses grupos.



Referências

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto no 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União, p. 5, 23 de maio 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm. Acesso em: 09 dez. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 11.705, de 19 de junho de 2008**. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, p. 1 20 de junho 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.705%2C%20DE%2019%20DE%20JUNHO%20DE%202008.&text=220%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%2C%20para,automotor%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 09 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 154 p. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/caderno_40.pdf. Acesso em: 09 Dez 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 13.106 de 17 de março de 2015**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. Diário Oficial da União, p.1, 18 março 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13106.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.106%2C%20DE%202017,o%20inciso%20I%20do%20art. Acesso em: 09 dez. 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS No 571 DE 5 de Abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, p. 56-57, 08 de abril 2013a. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html#:~:text=Atualiza%20as%20diretrizes%20de%20cuidado,SUS\)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html#:~:text=Atualiza%20as%20diretrizes%20de%20cuidado,SUS)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.). Acesso em 04 Jan 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 09 Dez 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020**. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. Diário Oficial da União, p. 01–67, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>. Acesso em: 04 Jan 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Cidadania lança mapa virtual de Grupos Anônimos, de Ajuda Mútua e de Apoio a Familiares de Dependentes Químicos. **Notícias**. Ministério da Saúde. 11 ago. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-mapa-virtual-de-grupos-anonimos-de-atendimento-a-dependentes-quimicos-e-familiares> . Acesso em: 04 jan. 2022.
- CISA. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool. **O que é alcoolismo?** Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool, 2014. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/sua-saude/informativos/artigo/item/61-o-que-e-alcoolismo>>. Acesso em 07 Dez 2021.
- CISA. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2021**. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool, 2021. Disponível em: <https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/304-panorama2021>. Acesso em 07 Dez 2021.

- CISA. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool. **Onde encontrar ajuda?** Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool, 2020. Disponível em: <https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/item/28-onde-encontrar-ajuda>. Acesso em 07 Dez 2021.
- DE OLIVEIRA, B. G. **Estratégias de Abordagem do Alcoolismo na Atenção Primária**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6315.pdf>. Acesso em: 02 Dez 2021.
- DU, Y. et al. Association of body mass index (BMI) with critical COVID-19 and in-hospital mortality: A dose-response meta-analysis. **Metabolism: Clinical and Experimental**, v. 117, p. 154373, 2021.
- GRISWOLD, M. G. et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 2018.
- GÜLSEN, A. et al. The Effect of Smoking on COVID-19 Symptom Severity: Systematic Review and Meta-Analysis. **Pulmonary Medicine**, v. 2020, p. 1–11, 9, 2020.
- IGBE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019**. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>. Acesso em: 09 dez. 2021.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina**. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. 120 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cigarros-eletronicos-oque-sabemos.pdf>. Acesso em 07 Dez 2021.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deixando de fumar sem mistérios - Manual do participante**. INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/deixando-de-fumar-sem-misterio-manual-do-participante-sessao-1>. Acesso em 07 Dez 2021.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deixando de fumar sem mistérios - Manual do coordenador**. INCA, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/deixando-de-fumar-sem-misterio-manual-do-coordenador>. Acesso em 07 Dez 2021.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Abordagem Breve/ Mínima/ Básica na Cessação do Tabagismo: uma ação ao alcance de todos os profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. 24p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/abordagem_ta

- bagismo_web.pdf. Acesso em 07 Dez 2021.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Teste de Fargestrom**. INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>. Acesso em: 18 maio 2022.
- LARANJEIRA, R. et al. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em 07 Dez 2021.
- LIMA, C.T. et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.
- MONTEIRO, M. G. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, p. e2020000, mar. 2020.
- MURRAY, C.J.L. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. **Revista Española de Salud Pública**, v. 77, n. 4, p. 475–496, ago. 2003.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>. Acesso em: 09 Dez 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 07 Jan 2022.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Uso de álcool durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe**. OPAS, 2020a. 47p. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52936>. Acesso em 07 Dez 2021.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pacote técnico SAFER um mundo livre dos danos relacionados ao álcool**. Cinco áreas de intervenção em âmbito nacional e estadual. Washington D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51903>. Acesso em 07 Dez 2021.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Álcool e câncer: 5 fatos**. OPAS, 2021a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55188/OPAS-NMHHM210021_por.pdf?sequence=1. Acesso em 07 Dez 2021.

- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **O Álcool e sua Saúde**. OPAS, 2021b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55187>. Acesso em 07 Dez 2021.
- PATANAVANICH, R.; GLANTZ, S. A. Smoking is associated with COVID-19 progression: A meta-analysis. **Nicotine and Tobacco Research**, v. 22, n. 9, p. 1653–1656, 2020.
- PICHON-RIVIERE, A. et al. The health and economic burden of smoking in 12 Latin American countries and the potential effect of increasing tobacco taxes: an economic modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 10, p. e1282-e1294, 2020.
- REDDY, R. K. et al. The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Virology**, v. 93, n. 2, p. 1045–1056, 2021.
- SANTOS, J. A. T.; de Oliveira, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 1, p. 82–89, 2013.
- STEFAN, N.; Birkenfeld, A.L.; Schulze, M.B. Global pandemics interconnected—obesity, impaired metabolic health and COVID-19. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 17, n. 3, p. 135-149, 2021.
- VICTOR, N. **Lei Seca completa 13 anos com redução no número de mortes por lesões de trânsito no Brasil**. Notícias. Ministério da Saúde. 19 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/lei-seca-completa-13-anos-com-reducao-no-numero-de-mortes-por-lesoes-de-transito-no-brasil>. Acesso em: 09 dez. 2021.
- WAGNER, H. L. Alcoolismo em cuidados primários: diagnóstico, desintoxicação e prevenção da recaída. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 165–172, 2005.
- ZHENG, Z. et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. **Journal of infection**, v. 81, n. 2, p. e16-e25, 2020.



CAPÍTULO 6

REDUÇÃO DE RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA RAS

Heminelly Souza Barroso de Holanda, Mayra Marcela Ribeiro Simião

6.1. Prevenção das DCNT na RAS

Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) representa um importante desafio para saúde pública, sobretudo para APS, devido ao seu impacto na saúde do indivíduo e aumento crescente na sua prevalência, o que requer a necessidade da organização dos serviços de saúde para atender à essa demanda (**Figura 30**). Normalmente, o DM está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Evidências apontam que o bom manejo, ainda na APS, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

O DM caracteriza-se pela incapacidade da secreção e/ou ação da insulina, causando impacto no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras. Devido a esses impactos, o DM pode ser considerado como um transtorno metabólico de origem múltipla, no qual uma das principais consequências nos indivíduos é a hiperglicemia (WHO, 1999).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul, foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030.

Os principais fatores de risco estão associados ao estilo de vida e alimentação inadequada.

As complicações agudas e crônicas estão relacionadas à alta morbimortalidade, o que acarreta custos elevados aos sistemas de saúde.

Figura 30: Diabetes mellitus na América.

Fonte: Adaptado Brasil, 2013.

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a prevalência de DM aumentou de 5,3% para 5,6%, entre os anos de 2006 e 2011. As mulheres apresentaram uma maior proporção da condição, correspondendo a 6% dessa população; além disso, pessoas com baixa escolaridade apresentam maiores proporções de DM, perfazendo uma diferença de mais de 50 % entre pessoas com até 8 anos de estudo para pessoas com mais de 12 anos de estudo (BRASIL, 2011). A edição mais recente do VIGITEL aponta um aumento considerável do diabetes na população brasileira, sobretudo, na população feminina (**Figura 31**). A pesquisa aponta um crescimento de 11,6% da população adulta que recebeu diagnóstico médico de DM. (BRASIL, 2020).

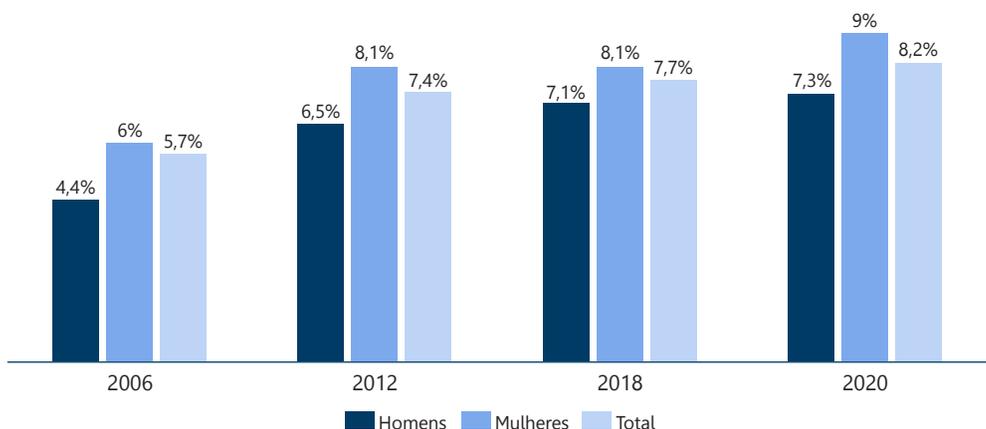


Figura 31: Prevalência de Diabetes no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel, 2020).

Fonte: Brasil, 2020.

Apesar do aumento crescente da taxa de mortalidade por DCNT no Brasil, na última década, foi possível observar uma redução de 20% nessa taxa, quando se trata do aparelho circulatório e respiratório. Em contrapartida, as taxas de mortalidade por diabetes aumentaram nesse mesmo período.



FIQUE LIGADO!

A redução das DCNT pode ser atribuída a alguns fatores como a expansão da APS, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que teve uma redução de 19,7% entre os anos de 1989 e 2010 (BRASIL, 2011).

O DM2 está relacionado ao excesso de peso. Dessa forma, com o aumento da prevalência de obesidade, observa-se também uma crescente prevalência e incidência de DM2 em crianças e adolescentes. O DM tipo 1 (DM1) corresponde a aproximadamente 8% dos casos e, geralmente, crianças e adolescentes sem excesso de peso são os mais afetados. Devido aos impactos gerados, não só à saúde da gestante, como à do feto, o diabetes gestacional também merece destaque, tendo em vista que sua detecção deve ser feita na primeira consulta pré-natal. Outros tipos de diabetes são mais raros e podem estar relacionados a defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (**Figura 32**).

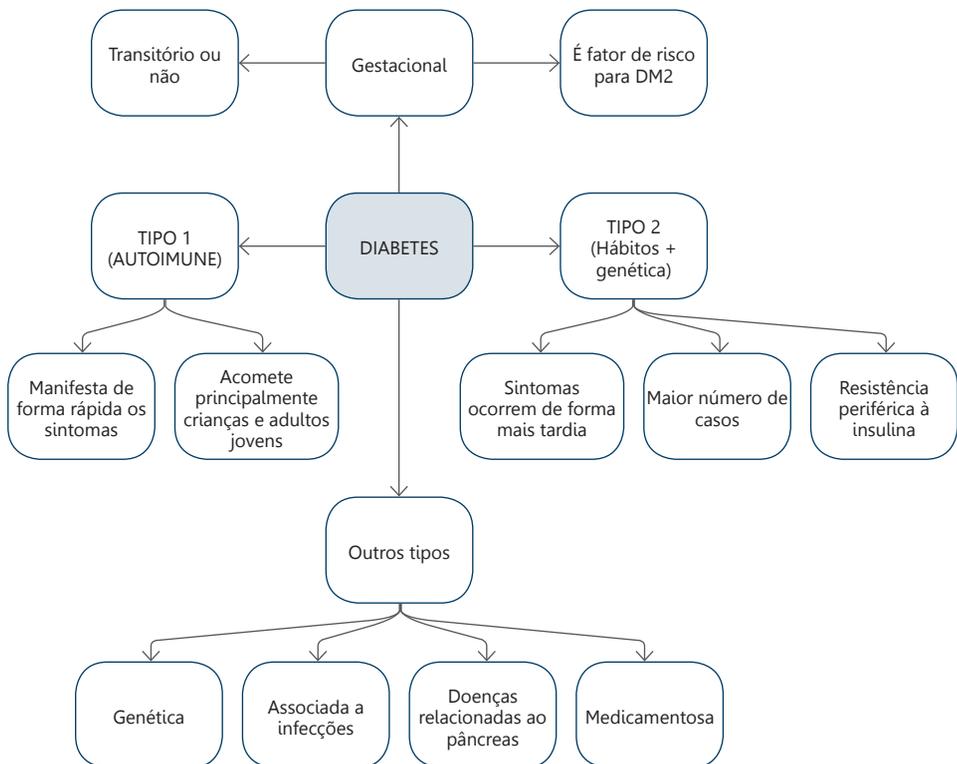


Figura 32: Classificação do diabetes.

Fonte: Elaboração própria.

**SAIBA MAIS!**

Conheça os principais sintomas, quadro clínico e os critérios para rastreamento do DM em adultos assintomáticos. Clique para acessar o volume 36 da série **CADERNOS de Atenção básica**.



Algumas estratégias podem não só prevenir o diabetes, mas também as suas complicações. Confira, na **Figura 33** e **Quadro 20**, algumas ações.

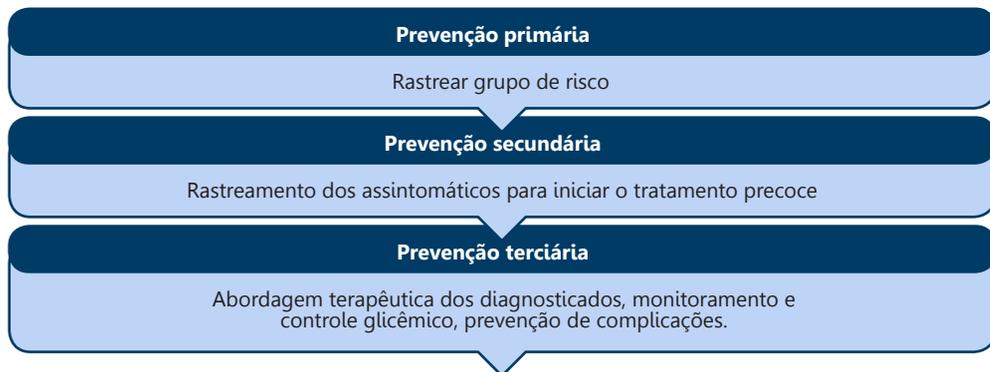


Figura 33: Estratégias para prevenção de diabetes.

Fonte: Elaboração própria.

**FIQUE LIGADO!**

A consulta de rastreamento na APS é fundamental para conhecer os antecedentes do paciente, bem como realizar exame físico, aferir pressão arterial, coletar dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), identificar fatores de risco e solicitar exames que possam contribuir e agregar para o diagnóstico e para decisão terapêutica ou preventiva.

Quadro 20: Ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção e cuidado ao grupo de DCNT (Diabetes mellitus)

DIABETES MELLITUS	
Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> Estimular e apoiar implementação de medidas intersetoriais voltadas à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, açúcar, álcool e produtos fâmigeros derivados ou não de tabaco e aumento da prática de atividade física relacionadas à promoção da saúde
Atenção integral à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM) e com dificuldade na acuidade visual Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de diabetes mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos. Garantir cuidados preventivos com os pés para pessoas com diabetes, incluindo educação em saúde, autocuidado e acesso a calçados adequados. Garantir triagem de retinopatia diabética para todos os pacientes com diabetes e fotocoagulação a laser para prevenção da cegueira. Promover na APS o controle glicêmico eficaz para pessoas com diabetes em conjunto com monitoramento doméstico, padrão de glicose para pessoas tratadas com insulina para reduzir as complicações do diabetes. Elaborar estratégias para a implantação de serviços de tratamento para controle do diabetes abrangendo controle do peso, padrão alimentar, promoção de atividade física, redução do consumo de açúcar livre e do açúcar contido nos alimentos e uso racional e adequado de medicamentos na APS e nos Caps.
Vigilância em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar e implementar o monitoramento do diabetes mellitus (DM) nos diferentes níveis de atenção do SUS.
Prevenção das doenças e agravos à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com diabetes mellitus abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados e autocuidado Estimular o diagnóstico precoce do diabetes mellitus (DM) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.

Fonte: Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030, p. 103.

Os resultados no controle do DM resultam de diversos fatores e condições que permitem o acompanhamento desses pacientes. Além do controle da glicemia, o desenvolvimento do autocuidado também é um resultado esperado, tendo em vista que esse conhecimento acarreta a melhoria da qualidade de vida e a diminuição da morbimortalidade. Portanto, intervenções educativas, sistematizadas e permanentes, são aspectos fundamentais para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde.

Lembre-se, os cadernos de atenção básica são organizados por doença, entretanto, é essencial que o profissional avalie o paciente de forma integral. O cuidado na atenção básica não deve ser de forma fragmentada, e sim, de forma longitudinal, garantindo acesso e cuidado independente do problema.

**SAIBA MAIS!**

Para saber mais sobre o cuidado do DM, acesse aqui o Caderno 36 do Ministério da Saúde: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.**

**Hipertensão Arterial**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição de saúde grave, que possui altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle (**Figura 34**), corroborando para os dados que apontam as doenças cardiovasculares como uma das principais causas de morte no Brasil.

**FIQUE LIGADO!**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza pelos níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Normalmente, está associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo bem como às alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A prevalência de HAS no Brasil varia de 22% a 44% entre adultos, mais de 50% para idosos entre 60 e 69 anos e 75% para indivíduos com mais de 70 anos.

É fator de risco para doenças como aterosclerose e trombose, além de *déficits* cognitivos como doença de Alzheimer e demência vascular.

Os principais fatores de risco estão associados ao estilo de vida e alimentação inadequada, sobretudo, ao consumo excessivo de sal.

Figura 34: Situação da hipertensão arterial sistêmica.

Fonte: Adaptado Brasil, 2014.

Segundo dados da Vigitel, estima-se que 25% da população brasileira adulta tem HAS (BRASIL, 2020). Os dados mostram que tanto em homens, como em mulheres, a frequência de diagnóstico médico prévio aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade (**Figura 35**).

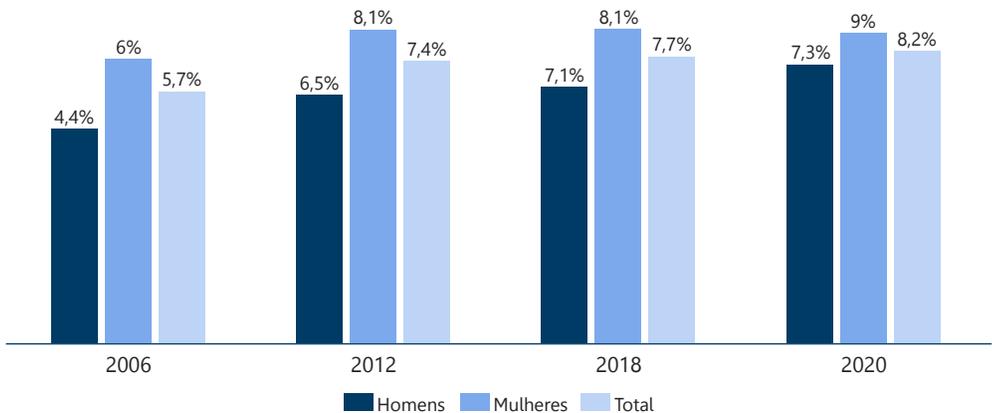


Figura 35: Prevalência da HAS no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel 2020).

Fonte: Brasil, 2020.

Sabendo que nos últimos anos as DCVs têm sido uma das principais causas de morte no Brasil, faz-se a ressalva de que o diagnóstico precoce da HAS auxilia na diminuição das altas taxas de morbimortalidade e melhoram a qualidade de vida da população. Para realizar um diagnóstico precoce não é necessário o uso de tecnologia sofisticada e a condição pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e poucos efeitos colaterais. Ademais, o acompanhamento efetivo dos casos pela equipe da atenção básica é de extrema importância, tendo em vista que o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e seus desfechos (BRASIL, 2014), como mostra a **Figura 36**.

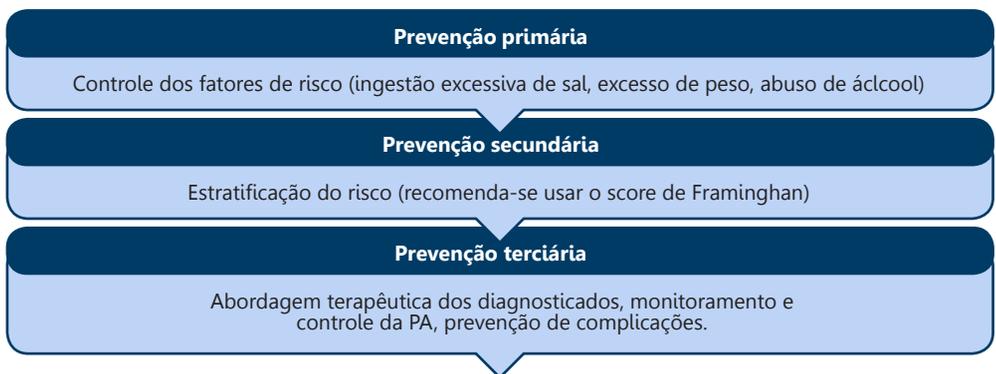


Figura 36: Estratégias para prevenir a HAS e evitar complicações.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Algumas intervenções não medicamentosas consideradas eficazes, devem ser indicadas e apresentadas durante a consulta de enfermagem, tendo em vista que fazem parte de um conjunto de atividades benéficas para a prevenção das doenças não transmissíveis em geral (**Figura 37**).

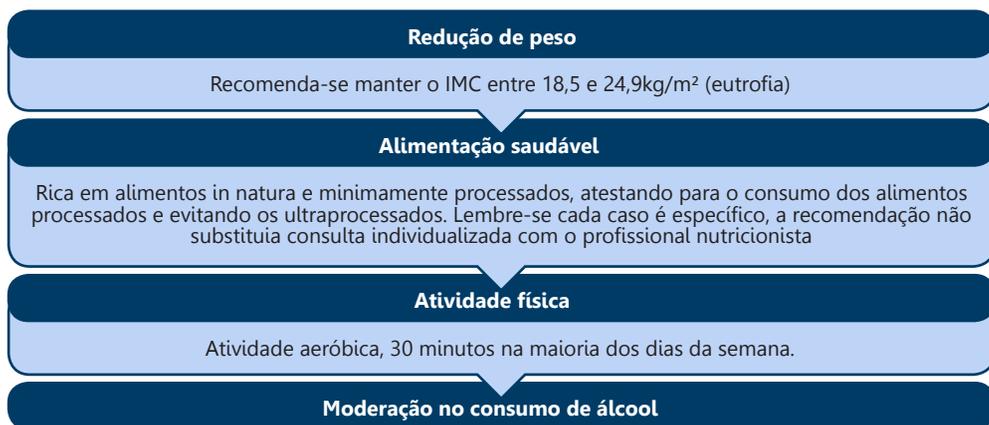


Figura 37: Recomendações para prevenção da HAS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

O manejo adequado da HAS, necessita de ações articuladas nos três eixos: vigilância da HAS, comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde. Atenta-se que o investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis. Outro fator importante é a consulta de enfermagem para a estratificação do risco cardiovascular. Essa estratificação possui três etapas e tem como objetivo principal estimar o risco que cada indivíduo tem de sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos 10 anos (**Figuras 38 e 39**). A estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDL e LDL de colesterol e, a partir disso, seleciona os indivíduos com maior probabilidade de complicações (BRASIL, 2014).

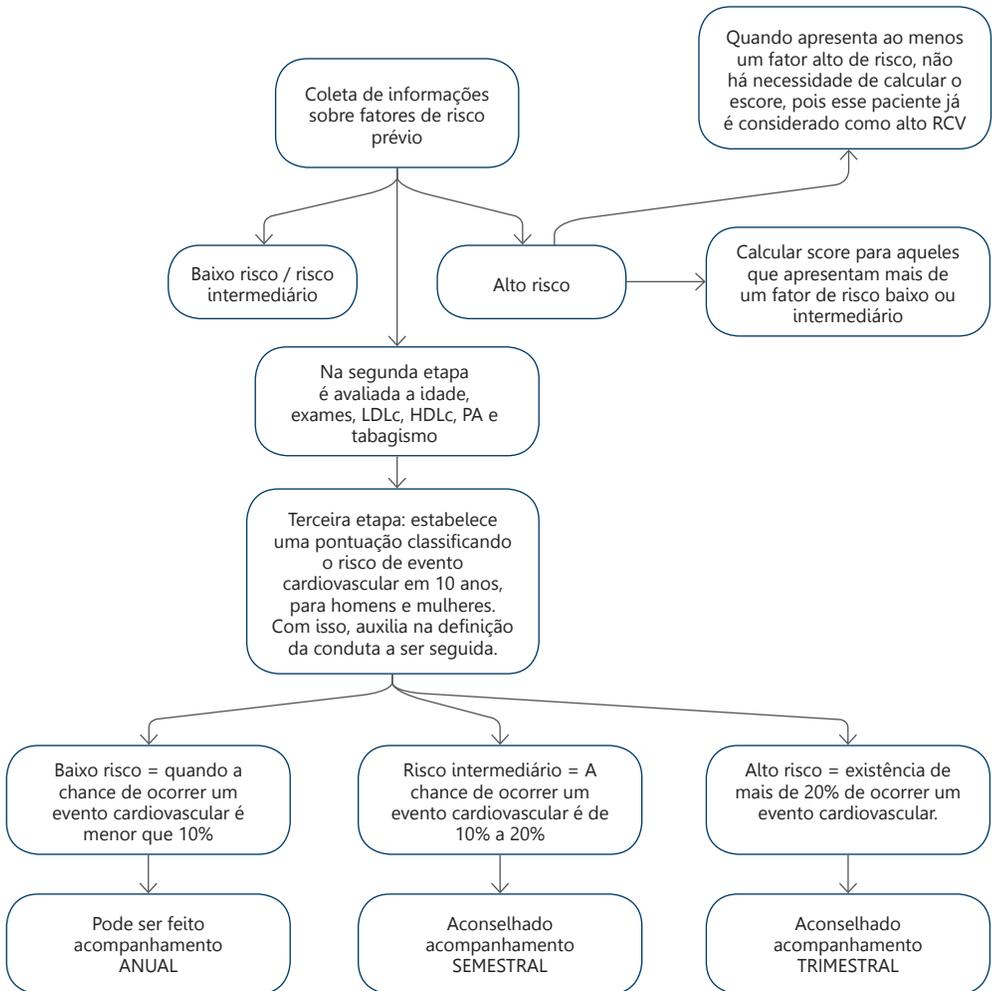


Figura 38: Etapas para estratificação da HAS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

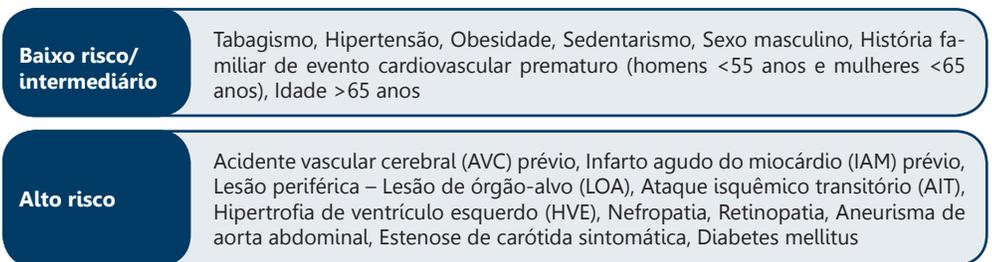


Figura 39: Principais achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014.

Conheça também algumas ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção e cuidado ao grupo de DCNT (Doenças cardiovasculares) (**Quadro 21**).

Quadro 21: Ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção e cuidado ao grupo de DCNT (Doenças cardiovasculares)

DOENÇAS CARDIOVASCULARES	
Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> Promover articulações intersetoriais para a implantação nacional de iniciativas articuladas com os serviços públicos de saúde, segurança pública, educação, meio ambiente e assistência social, mercado e o terceiro setor, para aumento da prática de atividade física, consumo de alimentos saudáveis, redução do tabagismo e consumo de álcool na população.
Atenção integral à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com doenças cardiovasculares, abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de produtos fumígenos derivados ou não de tabaco e autocuidado. Fomentar a implantação da meditação pelas equipes de APS, visando ao controle da pressão arterial no grupo de hipertensos. Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e com dificuldade na acuidade visual. Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de HAS e dislipidemia Implantar protocolos para tratamentos e para agilizar a transferência e o transporte dos portadores de síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico. Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Divulgar para a população conhecimentos referentes à identificação precoce do IAM e AVE. Incentivar o aconselhamento para indivíduos que tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular encefálico (AVE) ou que tenham alto risco de eventos cardiovasculares nas abordagens realizadas em todos os níveis de atenção à saúde.
Vigilância em saúde	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar proposta de monitoramento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias nos diferentes níveis de atenção do SUS. Subsidiar a inclusão de medidas de pressão arterial e dislipidemia nas pesquisas de base populacional.
Prevenção das doenças e agravos à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar na APS a cobertura de serviços de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular

Fonte: Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030, p. 104.

Lembre-se: os usuários possuem necessidades diferentes, que vão variar conforme seu risco. Aquelas pessoas com HAS, mas que apresentam baixo e médio risco cardiovascular, por exemplo, irão se beneficiar, principalmente, com as ações de promoção, prevenção e autocuidado; enquanto aqueles com alto risco cardiovascular, necessitam de mais cuidados clínicos e, principalmente, de apoio para adesão aos tratamentos. Portanto, conhecer os riscos de cada usuário possibilita a equipe da APS adequar as ações, sejam elas individuais ou coletivas, de acordo com a necessidade da população alvo.



GLOSSÁRIO

Obesidade: A obesidade pode ser definida, de acordo com a OMS, como “acúmulo excessivo de gordura corporal associado com várias complicações metabólicas”, condicionada a fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos, psicossociais e culturais.

A prevalência da obesidade e de suas comorbidades, em sua grande maioria, vêm aumentando nos últimos anos. Segundo dados do Vigitel, entre 2006 e 2018, o percentual de obesidade em adultos no país cresceu 67,8% (Figura 40).

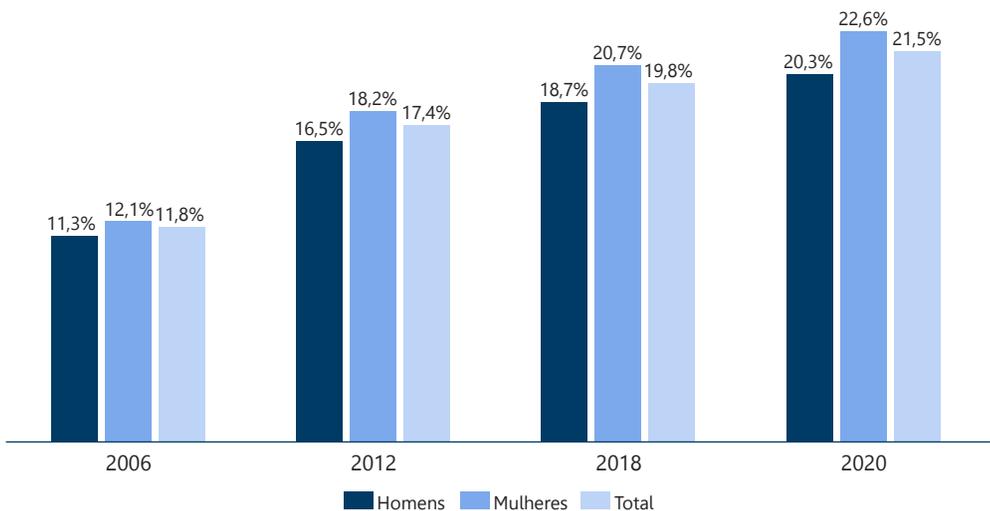


Figura 40: Prevalência da HAS no Brasil entre 2006 e 2020 (Vigitel 2020).

Fonte: Brasil, 2020.

Nos últimos anos, a sua ocorrência tem sido atribuída, entre outros fatores, aos ambientes que promovem o consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados (conteúdo elevado de açúcar e gorduras) e que desestimulam a prática de atividade física.

Nesse contexto, as ações para prevenção da obesidade, em todos os seus níveis, são fundamentais para a promoção da saúde, redução do surgimento de doenças associadas e mortes. Ressalta-se, ainda, a importância de estar atento ao processo de prevenção à obesidade de maneira holística. O foco do profissional de saúde nunca deve estar apenas voltado para a redução do peso corporal, o que pode impactar negativamente na autoimagem corporal do indivíduo. Dessa forma, o foco profissional deve ser na melhoria da saúde e qualidade de vida. Uma conduta inadequada no processo de tratamento pode acarretar um sentimento de ansiedade, que pode desencadear o transtorno alimentar no paciente e a relação negativa com a alimentação.

Na prevenção, não basta apenas informar e educar. É necessário ir além. Em longo prazo, apenas o fluxo de informações sobre alimentação saudável e prática de atividade física de profissional da saúde para pessoa com obesidade, não têm sido efetivos para diminuição da morbimortalidade dessa doença crônica.

O CONITEC (2020) recomenda intervenções multicomponentes para a prevenção da obesidade. Essas intervenções devem englobar a alimentação adequada e saudável, a prática de atividade física e a mudança de comportamento, incluindo automonitoramento do peso, mensagens gerais ou aconselhamento personalizado e implementação intensiva e de longo prazo, com sessões em grupo.

É importante salientar que, na prevenção, o apoio matricial interdisciplinar é de grande importância na capacidade de resolução dos agravos das equipes da APS – esfera responsável por grande parte do cuidado e tratamento desses indivíduos. O compartilhamento de saberes acerca da complexidade das doenças, de forma interdisciplinar, levando em consideração os DSS para o indivíduo ou coletividade, possibilita uma proposta mais efetiva de cuidados.

Um dos objetivos da RAS é realizar a sua atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2014).

Na atenção ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade, é necessária uma contínua ação de VAN para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN deve ser realizada em todos os pontos da rede, entre-

tanto, a APS destaca-se como local privilegiado para realização das ações. Ademais, outros locais privilegiados para as ações intersetoriais são: a escola, por meio do Programa Saúde na Escola, que abrange ações para crianças e adolescentes até dezoito anos e estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA); e as Academias da Saúde (CONITEC, 2020).



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos, clique aqui.



Você viu que a prevenção tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica, podendo ser realizada em quatro níveis: primária, secundária, terciária e quaternária. Agora, veremos a atuação dos pontos de atenção nos níveis de prevenção para o enfrentamento da obesidade.

A abordagem integral das DCNT inclui a promoção, a prevenção e o cuidado integral, articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica.

Na **Figura 41**, mostramos o modelo de abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas, em que o foco é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores de doenças crônicas, o autogerenciamento e a otimização das terapias e o seu seguimento.

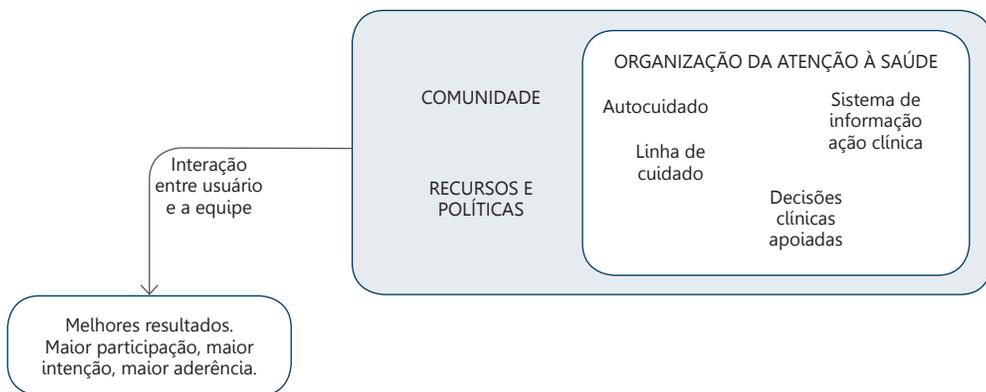


Figura 41: Modelo de abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas.

Fonte: Adaptado de Mendes, 2012.

**SAIBA MAIS!**

Em nosso livro digital **Prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade** você encontra a prevenção da obesidade nos diferentes ciclos da vida. Acesse aqui.



As ações preventivas podem ser divididas em três níveis: primárias, secundárias e terciárias. O fluxograma apresentado na **Figura 42** auxilia no reconhecimento dos níveis de prevenção das DCNT, de acordo com a presença ou ausência da condição e de seus fatores de risco.

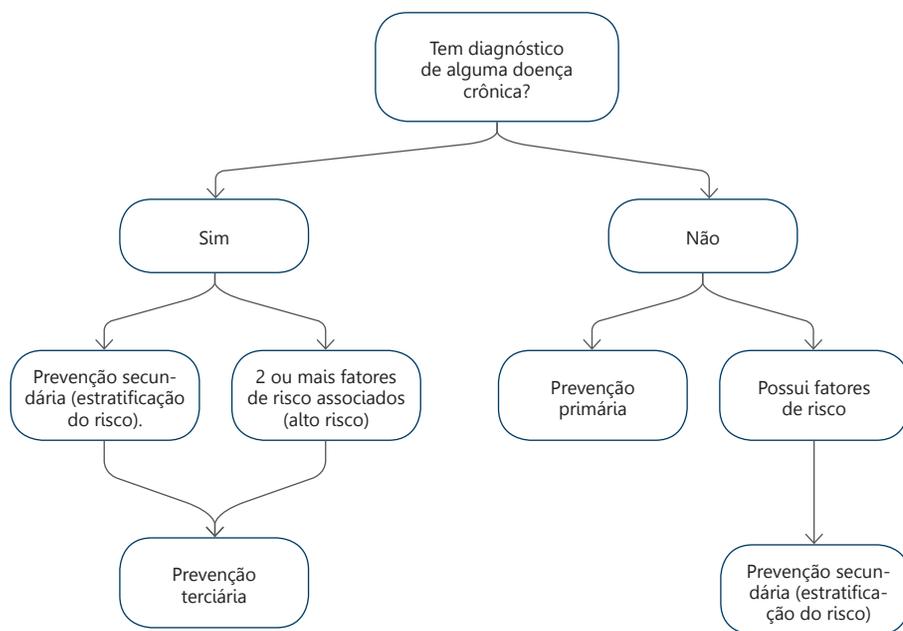


Figura 42: Ações para prevenção das DCNT.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

Referências

- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / CO-SAPI. **Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS**: proposta de modelo de atenção integral, XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 14 Jan 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. (Atualização da Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas re-**

des de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013. 28p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília, 2014a. 212p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014b. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável.** Brasília, 2008. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, 2014c. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Org.). **Pesquisa Vigitel Brasil 2018.** Brasília: Slides, 2019. 26 slides, color. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/05/cit-julho/1.-b---2019_07_25---VIGITEL.pdf. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília, 2010a. 95 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.

- 35). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2010b. 95 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2010c. 95 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **IMC em adultos**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>. Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Planos de ações estratégicas para o enfretamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021- 2030**. Brasília, 2021. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 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 . Acesso em: 14 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2013. 84p.
- CARTA DE OTTAWA. **Ottawa**: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. **Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: [https:// biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf). Acesso em: 09 nov. 2021.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global strategy on diet, physical activity and health**. 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em: 04 Jan 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/?sequence=6>. Acesso em: 04 Jan 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight - WHO**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 04 Jan 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. World Health Organization, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2021: a visual summary**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>. Disponível em: Estatísticas Mundiais em Saúde 2021: Um resumo visual (who.int).

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