KLS

Políticas e Programas Aplicados à Saúde e Nutrição

Políticas e Programas Aplicados à Saúde e Nutrição

Flavia Melo

© 2019 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente
Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação e de Educação Básica
Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Danielly Nunes Andrade Noé
Grasiele Aparecida Lourenço
Isabel Cristina Chagas Barbin
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica
Priscila Perez Domingos

Editorial
Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)
Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Melo, Flavia
M528p Políticas e programas aplicados à saúde e nutrição / Flavia Melo. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2019.
176 p.

ISBN 978-85-522-1429-8

1. Programas e políticas de nutrição e alimentação. 2. Programas de nutrição. 3. Políticas públicas na saúde. I. Melo, Flavia. II. Título.

CDD 360

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2019
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 — Londrina — PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: http://www.kroton.com.br/

Sumário

Unidade 1

Pesquisas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil 7

Seção 1.1

Políticas de atenção primária à saúde 9

Seção 1.2

A política nacional de alimentação e nutrição 21

Seção 1.3

Estudos de alimentação e nutrição no Brasil 33

Unidade 2

Segurança Alimentar e Nutricional 47

Seção 2.1

Conceitos de distúrbios nutricionais 48

Seção 2.2

A construção da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil 61

Seção 2.3

Sistema de vigilância alimentar e nutricional 74

Unidade 3

Programas de saúde e de alimentação e nutrição no Brasil 93

Seção 3.1

Programas de transferência de renda condicionada 95

Seção 3.2

Programas de suplementação de micronutrientes 108

Seção 3.3

Programas de promoção da alimentação infantil 120

Unidade 4

Tecnologias para análise de dados em saúde e nutrição 137

Seção 4.1

Tecnologias para análise de dados em saúde e nutrição 138

Seção 4.2

Construção de banco de dados 148

Seção 4.3

Análise prática de dados 160

Palavras do autor

Caro aluno, a disciplina de *Políticas e Programas Aplicadas à Saúde e Nutrição* vai introduzi-lo ao maravilhoso e intrigante mundo da saúde pública. Você terá a oportunidade de conhecer as principais políticas que norteiam o sistema de saúde brasileiro, e verá também como os profissionais de saúde podem agir e atuar no sentido de promover as melhores práticas de saúde. Como nutricionista, você encontrará embasamento para sua ação específica, reforçado pelos números produzidos pelas pesquisas alimentares e populacionais.

Esses conhecimentos permitirão ainda que você tenha um desempenho adequado na área de alimentação e nutrição, de forma a melhor atender à população brasileira.

Na primeira unidade, *Pesquisas e políticas de alimentação e saúde no Brasil*, você iniciará sua aventura pelo mundo das leis. Verá a importância da regulamentação e da formulação das políticas, no sentido de indicar ações em saúde, e verá também como as pesquisas em saúde contribuem para o direcionamento dessa regulamentação. Cada novo dado epidemiológico levantado em uma pesquisa pode trazer novos horizontes para a legislação. Na segunda unidade, focaremos no tema *Segurança alimentar e nutricional*, entendendo que esse conceito é bem mais amplo do que podemos imaginar, e que tudo que é feito na área de alimentação e nutrição de um país reflete na sua segurança alimentar e nutricional. A terceira unidade discorre especificamente sobre os *Programas de saúde e de alimentação e nutrição no Brasil*, com ênfase em dados de consumo alimentar, identificando possíveis carências de micronutrientes, que deverão ser corrigidas pelos programas de suplementação, tais como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Vitamina A Mais. Na quarta unidade, você será apresentado a ferramentas de tecnologias para análise de dados em saúde e nutrição. Essas ferramentas te permitirão ver na prática como os dados coletados nas pesquisas populacionais são transformados em matéria-prima norteadora para as ações e políticas em saúde pública.

Ao final da disciplina, você será capaz tanto de avaliar como de atuar em Políticas e programas de saúde e nutrição. Venha trilhar conosco esse

caminho, no qual contaremos com o seu interesse para a busca das informações, e aperfeiçoamento por meio do autoestudo, assim como com a sua visão crítica sobre os fatos apresentados. Seja bem-vindo!

Unidade 1

Pesquisas e políticas de alimentação e nutrição no Brasil

Convite ao estudo

Seja bem-vindo ao início da nossa unidade. Aqui você poderá entender melhor o funcionamento dos serviços de saúde da sua cidade e estado, pois eles são reflexos das políticas de saúde que regem o país, ficando apto a responder alguns questionamentos como: que serviço procurar quando surge uma patologia? Como prevenir o aparecimento dessa patologia? Qual o papel do profissional de saúde frente à situação de saúde atual?

O conhecimento e a correta interpretação de dados de saúde, levantados em estudos populacionais, instrumentalizam você a direcionar a sua atuação na área de saúde pública, uma vez que você conseguirá entender o que dizem os números apresentados nas pesquisas, e porque eles se apresentam daquela forma. Vamos entrar nesse mundo por meio de uma situação de saúde hipotética, da qual você não conseguirá sair até que sua curiosidade seja totalmente satisfeita.

Venha conosco!

A unidade de saúde da Vila Feliz está localizada na periferia da cidade de Mirasul, que tem cerca de 120 mil habitantes, e fica próxima ao Hospital e Maternidade Municipal. A unidade abriga três equipes de saúde da família, sendo que todas elas contam com clínico geral, ginecologista e pediatra, enfermeiro e técnico em enfermagem. A unidade também recebe uma equipe de NASF, composta por educador físico, nutricionista, psicólogo e assistente social. O cadastro dos pacientes é feito pelos próprios agentes de saúde, que visitam as residências periodicamente. Patrícia é uma estudante do curso de Nutrição que está na unidade para cumprir seu estágio obrigatório em nutrição em saúde pública. Logo em seu primeiro dia de estágio, Patrícia conheceu a família de Joaquim, uma criança de quatro anos que veio com sua mãe, que está gestante, para verificar um diagnóstico de anemia ferropriva em ambos. A aluna ficou curiosa para saber que caminho Joaquim e sua mãe percorreram até ali, e se naquela unidade estava locado o nível mais adequado de atenção à saúde dele nesse momento. Surgiu também a dúvida sobre ações específicas na área de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas na unidade. Ao ver no mural a foto da primeira diretora da unidade,

da década de 1970, Patrícia ficou se perguntando que alterações ocorreram no perfil alimentar dos pacientes daquela época, e como ela conseguiria o registro desses dados. Desse questionamento, surgiu vontade de fazer uma pesquisa de consumo alimentar na unidade com os próprios funcionários. Isso seria possível?

Ao longo das seções apresentadas nesta unidade, esperamos que você consiga responder não só a essas questões, mas a outras tantas que surgirão na sua cabeça.

Seção 1.1

Políticas de atenção primária à saúde

Diálogo aberto

Caro aluno,

Comentamos superficialmente sobre a saúde pública no Brasil, enfocando as políticas que regem esse sistema. Dentro desse contexto, apresentaremos os caminhos e as principais informações para que você aprofunde seus conhecimentos nessa área. Conhecer esses pontos te ajudará a entender a situação de saúde atual do nosso país e vai te instrumentalizar para a sua prática profissional.

Seremos parceiros de jornada de Patrícia, buscando conhecer cada personagem e sua atuação dentro da Unidade de Saúde da Vila Feliz e também todas as ramificações que ela tem dentro da comunidade onde está inserida.

Quando Patrícia conheceu Joaquim, ele e sua mãe estavam aguardando consulta com o médico ginecologista da equipe de saúde. A recepcionista estava orientando dona Vilma, mãe de Joaquim, que deveria trazê-lo no final da semana para uma consulta com o pediatra. Dona Vilma estava resistente, pois achava difícil ir tantas vezes à unidade, e questionou se o mesmo médico não estaria apto a atender os dois. A recepcionista esclarecia à dona Vilma que o médico ginecologista precisava acompanhar a sua gestação, que se apresentava com risco devido ao diagnóstico de anemia ferropriva, mas que o pequeno Joaquim precisava ser acompanhado pelo pediatra. Ela falou também da importância de dona Vilma fazer seu pré-natal, para evitar problemas com seu bebê.

Ao acompanhar essa situação, Patrícia se perguntou se dona Vilma e Joaquim estavam procurando atendimento no lugar certo e quais seriam os outros níveis de atenção à saúde. O nível de atenção em questão, no caso o primário, atenderia às necessidades de Joaquim, sua mãe e seu irmãozinho?

Patrícia também ficou se perguntando se, legalmente, existem políticas de saúde que definem e delimitam essas responsabilidades.

Em virtude desses questionamentos, Patrícia recorreu à legislação para esclarecer suas dúvidas.

Vamos ajudá-la a esclarecê-las?

Como surgiram as políticas de atenção primária à saúde

O sistema de saúde brasileiro, tal como se apresenta hoje, começou a ser desenhado a partir da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi pensado como uma forma de resolver a crise no sistema de saúde que tomava conta do país. Da mesma forma que está associado ao sistema econômico, está associado ao sistema político vigente. Uma vez que nunca foi prioridade nas políticas de governo, nosso sistema de saúde vive em crise permanente. Na década de 1970, vivíamos uma situação de filas em busca de atendimento, falta de leito nos hospitais, falta de pagamento aos prestadores de serviços ao governo, baixos valores pagos aos serviços e prestadores de serviços, sem contar no abuso dos sistemas privados, tanto com relação aos usuários como ao governo, e o aumento de incidência de doenças infectocontagiosas (POLIGNANO, 2009). Nada muito diferente do que se vive hoje.

De modo geral, pode-se dizer que em determinado momento, as deficiências do sistema começaram a incomodar classes mais abastadas e a se tornar entraves aos interesses políticos. Sendo assim, o governo se preocupa em elaborar políticas que possam auxiliar no desenho de um sistema de saúde mais eficiente (POLIGNANO, 2009).

Um pequeno histórico da saúde no Brasil

Da época do descobrimento até o primeiro reinado, os serviços de saúde no Brasil se limitavam à fiscalização sanitária e aos navios e portos do país. Não existiam médicos suficientes nem sistema de saúde estruturado (POLIGNANO, 2009).

Com a proclamação da República e até a década e 1930, aproximadamente, não existia um sistema sanitário no país, o que permitia que várias epidemias e patologias se infiltrassem em casas e comunidades. Foi nessa época que surgiram as campanhas de vacinação e sanitização, que geraram uma onda de insatisfação geral na população. Não existia o entendimento de etiologia das doenças, e as pessoas não compreendiam o sistema vacinal que tentava ser implantado no país. Nomes como Carlos Chagas e Oswaldo Cruz se tornaram evidentes nessa época, com o desafio de "melhorar a situação de saúde do país". O processo de construção do sistema de saúde se dá a partir de criação de laboratórios, bancos de registros demográficos e fabricação de produtos profiláticos em massa (POLIGNANO, 2009).

Começa a expansão das escolas de medicina e das instituições de controle sanitário e de saúde. Por volta de 1920, a crise no sistema econômico e

produtivo, com algumas greves expressivas, leva à criação dos sistemas previdenciários. Nesse rol, o subsídio de medicamentos e socorros médicos faz com que esse segmento evolua no país. Até o final da década de 1950, o sistema médico previdenciário não tem importância relevante no país. A urbanização, o desenvolvimento industrial e o assalariamento de grande parcela da população pressionam para a assistência médica populacional (POLIGNANO, 2009).

O sistema público de saúde começa a evoluir a partir da criação do Ministério da Saúde (1953). O sancionamento da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, sinaliza para um avanço nessa área. Em seguida, temos o regime militar, que busca sua legitimação frente à população. Dessa forma, são criadas unificações dos institutos de pensões, serviços de assistência médica domiciliar, que evoluíram para o Instituto de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Nesse mesmo período, surgem também os órgãos de combate a endemias, como a SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (POLIGNANO, 2009).

O Sistema Nacional de Saúde é instituído em 1975, tentando sistematizar os serviços de saúde públicos e privados, e ações na área de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Porém, esses órgãos recebiam poucos recursos do governo federal, o que limitava de forma decisiva suas ações. Esse modelo, que veio substituir o modelo assistencialista que vigorava no país, primava pelas ações curativas, sendo incapaz de solucionar os problemas de saúde pública, não tendo ação efetiva na diminuição dos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, nem nas endemias e epidemias. Além disso, a população pobre continuava cada vez mais marginalizada. Soma-se a isso desvios de verba do setor para cobrir outras despesas e obras do governo federal (POLIGNANO, 2009).

Coincidindo com o movimento de transição democrática, algumas ações são realizadas no sentido de tentar incorporar o setor público aos serviços de saúde, tais como a criação das Ações Integrais de Saúde (AIS), que integravam os Ministérios da Educação, Saúde e Previdência. Essas ações também tentam integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Porém, esse sistema acaba por cobrir apenas os indivíduos com condições de financiar ações do sistema, deixando de lado a população mais pobre e não se preocupando em investir no sistema público (POLIGNANO, 2009).

Nesse contexto, no movimento que resulta na Constituição de 1988, que fala do "direito à saúde" no seu artigo 196, define também o Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo 198. No texto da Constituição, fica claro o dever do Estado em suprir as necessidades da população, consolidando a saúde

coletiva como um dos direitos da cidadania – "saúde é direito de todos e dever do estado".O SUS se baseia nos princípios de integralidade, universalização e equidade dos serviços de saúde, sendo regulamentado pela Lei nº 8.080 (POLIGNANO, 2009).

A partir de 1992, existe uma tendência neoliberal no campo econômico, reduzindo o espaço do estado mínimo frente ao mercado capitalista. Toda essa movimentação neoliberalista é percebida no setor saúde. Ainda assim, alguns avanços na Saúde Pública são percebidos. Pode-se dizer que a Atenção Primária à Saúde (APS) contou com várias estratégias que o fortaleceram, inclusive a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que permitiu ampliar a cobertura em saúde para a população mais vulnerável. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), impulsionada pelo Pacto pela Vida, do qual se tornou uma das diretrizes prioritárias (MOROSINI, 2018).

Assimile

As políticas de saúde pública guardam estreita relação entre si. É importante conhecer as diretrizes da Lei nº8.080, que regem o SUS, para entender todas as demais legislações, tais como a PNAB. Universalidade – oferecer saúde a todos, sem discriminação de nenhuma espécie, Equidade – atender a cada um segundo a sua necessidade, e Integralidade – oferecer os serviços de forma integral, de modo a atender o usuário em todas as suas necessidades.

A Política Nacional da Atenção Básica– PNAB

A PNAB, publicada na Portaria nº 2.463, de 21 de setembro de 2017, busca preservar as Estratégias de Saúde da Família (ESF), no sentido de consolidar uma APS forte, configurando-a como porta de entrada ao SUS e eixo ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O fortalecimento do conceito da PNAB é realizado por pelo menos dois indicadores: o do repasse, que aumentou em mais de 100% aos municípios, e a ampliação dos recursos para qualificação e ampliação das unidades (MOROSINI, 2018).

No que diz respeito à informação em saúde, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, de 1998, renova a forma de monitoramento da AB no SUS. Primeiro é criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ainda entre as propostas de melhorias ao quadro de saúde, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MAGALHÃES, 2016). Como dito por Campos, Barros e Castro et al. (2004), o compromisso com as necessidades sociais do estado é um compromisso ético.

A Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS

A PNPS, foi redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, e amplia recursos financeiros para a implementação de projetos e programas de promoção da saúde em todo o país. Entre eles, podemos citar a Rede Nacional de Promoção da Saúde, o programa Vida no Trânsito, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola. Surgem também marcos legais para o monitoramento da propaganda de alimentos e redução do uso de álcool e tabaco (MAGALHÃES, 2016).

Em 2014, a PNPS recebe um novo texto, que sinaliza com avanços no que diz respeito à cooperação entre os entes federativos e o reconhecimento do papel estratégico prioritário da ESF. Os desafios ainda são grandes, devido à complexidade territorial e estrutural do país, e também à dificuldade em avaliar os efeitos das políticas de promoção à saúde em curto e médio prazo (MAGALHÃES, 2016).

A revisão do texto da PNPS busca atender à nova realidade política, econômica e social brasileira. Nesse sentido, traz programas voltados à redução da violência doméstica, ao aumento da atividade física, à prevenção de acidentes e promoção da alimentação saudável, inseridos no Plano Nacional de Saúde e no Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O PNPS manifesta importante compromisso com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que une forças no sentido de reforçar a adesão a práticas alimentares mais saudáveis, assim como de regulação da propaganda e comercialização de alimentos considerados nocivos (MAGALHÃES, 2016).

Reflita

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi revisada no sentido de atualizar as necessidades populacionais que buscam ser atendidas por essa política. Ao ler os dois textos, o da PNPS anterior e da atual, você acredita que as alterações atendem às necessidades atuais da população? Explique.

A nova redação da PNPS leva a um processo de se atender às novas necessidades da população, e isso leva necessariamente a um processo de avaliação da melhoria da qualidade em serviços de saúde. Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que mobiliza trabalhadores, gestores e usuários para a implantação de mudanças no método de avaliação e cobrança dos serviços de saúde (PINTO, 2014).

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

O PMAQ-AB é entendido como um programa amplo, que tem como diretrizes (PINTO, 2014):

- A construção de parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando a diferentes realidades.

- Estimular um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos serviços, e, consequentemente, dos resultados em saúde.

- Transparência no processo, permitindo acompanhamento das ações e dos resultados.

- Envolver, mobilizar e responsabilizar os atores envolvidos – gestores, equipes de saúde e usuários.

- Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que diz respeito aos recursos e compromissos pactuados.

- Estimular uma mudança efetiva no modelo de atenção, para que as necessidades dos usuários sejam supridas.

- Adesão voluntária ao projeto, tanto pelas equipes quanto dos gestores, ao projeto, uma vez que o sucesso depende da motivação de todos os envolvidos.

A maior relevância do PMAQ-AB se relaciona ao seu papel no financiamento da AB, fortalecendo o componente da qualidade (PINTO, 2014).

Os desafios da AB no Brasil condicionam para novas ações no campo da saúde pública. Essas necessidades acabam por culminar na revisão da própria PNAB, em 2017. Entre os problemas apontados, encontramos o financiamento insuficiente da AB, infraestrutura das unidades inadequadas, baixa informatização e pouca utilização das informações disponíveis, baixo acesso e longas filas de espera para os grupos vulneráveis, melhoria do acolhimento, da resolubilidade e da longitudinalidade do cuidado, pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais, necessidade de avanço no modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão, condições inadequadas de trabalho, déficit de profissionais e baixo investimento nos trabalhadores (PINTO, 2014).

Essa nova redação da PNAB, que data de 2017, prevê algumas medidas de suma importância, tais como aumento do financiamento da AB, requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), criação de um novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), o próprio PMAQ-AB, reestruturação do programa Saúde na Escola, criação do Programa Academia da Saúde, nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política de

Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB, Plano Nacional de Educação Médica, e ainda os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos (PINTO, 2014).

Exemplificando

A adesão ao PMAQ-AB é um importante indicador de efetividade do próprio programa. Um estudo realizado por Souza (2012) mostra que, enquanto no 1º ciclo do PMAQ-AB de 2011 houve adesão de 3.972 municípios, o 2º ciclo teve adesão de 5.070 municípios.

Ao se tratar dos programas de alimentação e nutrição dentro do contexto da saúde pública no Brasil, viajamos entre cenários diferentes, que entram na história a partir do mapa da fome, de Josué de Castro, por volta de 1930, refletindo hoje em um cenário permeado por doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013).

As políticas nacionais de alimentação e nutrição iniciam com a criação dos Serviços de Alimentação da Previdência Social, tendo um objetivo puramente assistencialista, tratando de mediar conflitos entre empresas e trabalhadores. Alguns fatos foram marcantes nessa trajetória: a criação da Comissão Nacional de Alimentação, em 1952, que de maneira geral, tinha ações direcionadas ao grupo materno infantil e aos trabalhadores urbanos e em 1954 a formação do esboço do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A CNA foi substituída pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1974, um marco para as políticas públicas de alimentação e nutrição no país, apresentando um modelo direcionado a grupos vulneráveis, como crianças e gestantes, e populações em risco nutricional. Outros programas marcantes foram o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), em 1976, e a criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 1990, que permitia identificar e analisar problemas alimentares e nutricionais, com relação à distribuição geográfica, ao grupo social etc. (LEMOS; MOREIRA, 2013).

Com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), de 2006, as políticas públicas que envolvem as dimensões de alimentação e nutrição ganham novo direcionamento, fortalecendo e institucionalizando essas ações, tendo como marco a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 2014). Hoje, as ações de alimentação e nutrição estão como nunca associadas aos programas sociais e de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família (2004). A Segurança Alimentar e Nutricional entrou definitivamente na agenda social e política do país, trazendo uma nova forma de direcionar as ações de alimentação e nutrição, ressaltando a efetividade dos programas de transferência de renda (LEMOS; MOREIRA, 2013).

Desafios do campo da alimentação e nutrição na Atenção Básica

A evolução histórica dos programas relacionados à alimentação e nutrição e à saúde reforça os desafios desse campo na Atenção Básica. Muitos programas não obtiveram o êxito e os resultados esperados por irregularidades e incertezas na liberação de recursos, privilégio de áreas urbanas e detrimento de rurais, além de falta de integração entre as áreas de alimentação e saúde e falta de coordenação e articulação (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

É preciso superar o enfoque de distribuição de alimentos, que já provou ser ineficiente, buscando soluções estruturais definitivas. É necessário articular os profissionais no sentido de promover a efetiva intersetorialidade, trazendo para a vivência das unidades de saúde a atuação do nutricionista enquanto promotor de saúde, e não apenas um replicador de informações alimentares (MAGALHÃES, 2016).

Saiba mais

Aprofunde seus conhecimentos em Políticas de Saúde lendo o seguinte material:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS).

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

- Portaria nº 2436, do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria nº 2.446, do Ministério da Saúde, de 11 de novembro de 2014, que revisa a Política Nacional de Promoção da Saúde.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Sem medo de errar

Assistindo ao atendimento e verificando a orientação recebida por dona Vilma e sua família, Patrícia buscou na literatura e verificou que a Unidade Básica de Saúde, que se encontra no primeiro nível de atenção à saúde, é o lugar certo a buscar o

primeiro atendimento de saúde no caso de crianças e gestantes. Nesse mesmo local, as ações de promoção e prevenção da saúde, relacionadas ao acompanhamento gestacional de dona Vilma, e acompanhamento do crescimento de Joaquim são efetivas. Para a cura da anemia diagnosticada em ambos, as medicações também serão administradas na unidade. Para saber todas essas informações, Patrícia buscou a Lei nº 8.080, que estabelece o SUS, e as portarias que definem as políticas citadas anteriormente, PNPS e PNAB.

Avançando na prática

Igualdade e equidade na saúde pública

Descrição da situação-problema

Enquanto pensava e estudava sobre a situação de saúde da família de Joaquim, Patrícia percebeu que o sistema de saúde prevê uma série de ações que tentam de maneira muito clara "buscar" os pacientes em potencial e os usuários do serviço de saúde. De certa forma, ela pensou que isso era diferente da realidade que ela estava acostumada na sua região, que não existem agentes de saúde que vão até a casa das pessoas. Essa atitude não contrariaria o princípio de fornecer atendimento de forma igual a todos os brasileiros?

Resolução da situação-problema

O SUS tem três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade. Universalidade – garantia da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, garantida pelo Estado.

Integralidade: reconhecer que cada ser é uma unidade integrada, e que nem os serviços e nem o atendimento deve ser fragmentado ou compartimentalizado, ou seja, o paciente tem que ser atendido de maneira integral.

Equidade: sobrepõe-se ao conceito da igualdade, pelo seguinte motivo: igualdade significa atender de forma igual a todos, enquanto equidade significa atender de forma diferente quem tem necessidades diferentes, ou seja, atender com prioridade quem tem necessidades mais urgentes.

Patrícia percebeu que isso na verdade torna o sistema mais justo, pois faz com que as pessoas que têm uma renda menor, menos facilidade de locomoção e até mesmo um nível cultural menor sejam beneficiados com os cuidados de saúde.

Faça valer a pena

1. A Promoção da Saúde emerge das tensões próprias da defesa do direito à saúde, com vistas a atender as necessidades sociais de saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada por portaria ministerial (687/2006), com a finalidade de contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Incluída na agenda interfederativa por meio do Pacto pela Vida, ela traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Revisada em 2014, a PNPS traz como temas prioritários a formação e educação permanentes, alimentação saudável e adequada, práticas corporais e atividade física, enfrentamento ao uso do tabaco e derivados, enfrentamento do uso abusivo do álcool, promoção da mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura da paz e de direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável.

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), assinale a opção correta:

a) Recomenda o enfoque do processo de saúde-doença com base no modelo de atenção e cuidado caracterizado pela centralidade dos sintomas.

b) Preconiza que a promoção da saúde deve ser compreendida como um conjunto de procedimentos padronizados com o objetivo de informar prioritariamente os indivíduos que compõem um grupo específico.

c) Estabelece como responsabilidade do gestor federal, implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as realidades loco-regionais.

d) Considera que vigilância em saúde deve estimular a criação de estratégias de participação com os movimentos sociais, organizando-se em rede, diferentemente da promoção da saúde, que deve desenvolver estratégias para preservar e aumentar o potencial individual.

e) Fundamenta-se na perspectiva ampliada de saúde, conforme definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária, do SUS e das cartas de promoção da saúde, que se refere os modos de viver não apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.

2. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria de nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, em que o Ministério da Saúde contou com os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias

Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Seu principal objetivo é incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território brasileiro. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação dos trabalhos das equipes de saúde.

Com base no enunciado, sãoconsiderados objetivos do PMAQ:
a) Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde(UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), embora osprofissionais não estejam aptos para essas ações.
b) Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, mesmo sem garantir a satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde.
c) Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação o que pode ser considerado um esforço inadequado.
d) Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos degestão, sem haver necessariamente a participação e controle social.
e) Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso emelhoria da qualidade dos serviços e ações da AB.

3. Ao longo dos anos, o Brasil vem passando por vários avanços dentro do setor de Saúde. O nosso Sistema Único de Saúde frequentemente passa por mudanças através de Leis, Portarias e Decretos, com o intuito de melhorar a oferta de serviços aos brasileiros. No dia 21 de setembro de 2017, foi decretada a Portaria nº 2436/2017, revogando a Portaria nº 2488/2011, ambas referentes à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). O texto de apresentação dessa política refere-se à PNAB como prioridade na Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Dentro desse contexto, a Saúde da Família é considerada o eixo condutor da AB, primordial para sua expansão e consolidação.

Assinale a alternativa que se refere ao conceito da Atenção Básica, contido na Nova PNAB:
a) É o conjunto de ações de saúde em nível individual, familiar e de coletividades que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade epidemiológica.
b) É o conjunto de ações de saúde desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado e gestão não qualificada, realizado com equipe multiprofissional e dirigida à população que se encontra em território adstrito, sobre as quais essas equipes assumem responsabilidade sanitária.

c) Define-se por um conjunto de ações de saúde, em nível de indivíduos e coletividade, com o objetivo de desenvolver uma atenção integralizada que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nas condicionalidades de saúde dos grupos.
d) É o conjunto de ações de saúde de indivíduos, famílias e coletividades que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integral e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.
e) Regula em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados, de forma isolada ou em conjunto, em caráter permanente ou esporádico, por pessoas de direito público ou privado.

Seção 1.2

A política nacional de alimentação e nutrição

Diálogo aberto

O universo da Saúde Pública já não é mais desconhecido para você. Dessa forma, podemos avançar para o campo da nutrição em Saúde Pública. A complexidade do sistema de saúde brasileiro envolve várias especialidades e profissionais em seus diferentes níveis. Na atenção primária, a consolidação da atuação do nutricionista se dá com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. Por meio dela, o nutricionista é instrumentalizado e sua presença nas equipes de educação e saúde é reforçada.

Acompanhando o caso de Joaquim, Patrícia constatou que após o atendimento inicial à família na Unidade de Saúde, o ACS fez uma visita à sua casa e conheceu os seus irmãos, João e Maria, de 10 e 12 anos, respectivamente. Após pesar e medir as crianças, ambas foram diagnosticadas com excesso de peso. A escola em que estudam não oferece atividades físicas e o lanche consumido normalmente é comprado de ambulantes que ficam na porta da escola, embora seja oferecida uma merenda pela escola no horário do recreio. Tentando orientar a família, a ACS recorreu à pesquisa para descobrir: quais políticas e programas de saúde fazem a comunicação e ligação entre família, unidades de saúde e escola, com o intuito de promover melhora dos hábitos de saúde? Que profissionais podem auxiliar o ACS no acompanhamento e na orientação dessa família, e baseado em quais políticas? De que maneira prática a PNAN pode auxiliar nesse caso? Mergulhe fundo nessas questões, e aproveite as orientações do próximo bloco para te auxiliar!

Não pode faltar

A preocupação com a alimentação e nutrição da população brasileira, por parte de estudiosos e políticos, emerge de movimentos populares contra a fome e a miséria, passando por práticas assistencialistas a favor de trabalhadores urbanos dos séculos passados. Entre programas de doação de alimentos e Políticas de Saúde Pública propriamente ditas, conseguimos ver avanços que convergem para um panorama em que, na teoria, os direitos humanos são atendidos e fazem parte da agenda política do nosso país (LEMOS; MOREIRA, 2013).

No início das discussões acerca da saúde da população, que moldam as políticas públicas, a alimentação e a nutrição não eram consideradas essenciais, pois o enfoque era curativo, cujo objetivo seria estender possibilidade

de atendimento e internações para a maioria da população. Com a mudança conceitual da própria Saúde Pública, a alimentação e a nutrição se tornam realmente importantes, não só por favorecerem a cura de determinadas patologias, por serem responsáveis por permitir, ou não, a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Um grande marco da história da nutrição no Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), foi aprovada no ano de 1999. Ela reúne os esforços do Estado brasileiro no sentido de propor uma política cujos objetivos fossem promover, respeitar e proteger o direito humano à alimentação adequada.

Em tempos mais recentes, as políticas de saúde pública relacionadas à alimentação e nutrição estabeleceram estreita ligação com a Segurança Alimentar e Nutricional, fato este que fez com que vários outros princípios, além de garantir o alimento em quantidade suficiente para a população, objetivem ser atendidos (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

A PNAN chega à sua publicação com o propósito de garantir a qualidade dos alimentos que são ofertados para a população, promover práticas saudáveis, controlar e prevenir distúrbios nutricionais. Para isso, seria necessário que as ações fossem desenvolvidas de maneira intersetorial, pois deveria ser garantido o acesso universal aos alimentos, fato esse que depende de determinantes físicos, econômicos, sociais, culturais, entre outros. Além disso, seria necessário que as práticas em saúde, direcionadas à alimentação e nutrição, fossem redimensionadas (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Com o passar dos anos, alterações no perfil epidemiológico e nutricional da população fizeram necessárias várias modificações na legislação em saúde, inclusive no texto da PNAN, de forma que esta pudesse continuar a ser uma referência nas ações de alimentação e nutrição frente aos novos desafios impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PNAN, 2013).

Em sua primeira redação, a PNAN está baseada na premissa de que o estado nutricional dos brasileiros está sendo definido pela falta de alimento, em primeiro lugar, e em segundo lugar pela falta de informação acerca da forma correta de se alimentar. De maneira muito simples, os programas de auxílio e transferência de renda resolveriam a primeira situação e os programas educativos resolveriam a segunda. Entretanto, com o passar dos anos outras necessidades e situações foram surgindo, levando a comunidade política e científica a perceber que não seria tão simples mudar o perfil epidemiológico e nutricional da população.

Em sua nova redação a PNAN se propõe a melhorar as condições de alimentação, saúde e nutrição da população brasileira e, para isso, apresenta a forma de promover práticas alimentares adequadas e saudáveis, ações de

vigilância alimentar e nutricional, assim como prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (PNAN, 2012).

A nova versão da política organiza seus objetivos em forma de diretrizes com foco na vigilância, na promoção, na prevenção, e no cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição, como todas as suas atividades integradas às demais ações de saúde da rede de atenção à saúde, sendo que a atenção básica é sempre a orientadora das ações (PNAN, 2012).

Assimile

A PNAN tem por pressupostos os direitos à saúde e à alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, que são: universalidade – acesso a todos os indivíduos em todos os níveis de assistência; integralidade – conjunto articulado e contínuo dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; equidade – oferecer os serviços na medida da necessidade de cada indivíduo; descentralização – municipalização dos serviços com direção única em cada espera de governo; regionalização – definição de recortes espaciais a fim de organizar o atendimento e a gestão das redes de saúde; hierarquização – organização dos serviços em nível crescente de complexidade; participação popular – participação da população no dia-a-dia dos serviços de saúde, por meio de Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2003).

A modificação do perfil nutricional e epidemiológico da população, com grande avanço das doenças crônicas não transmissíveis deixa claro que o enfoque alimentar e nutricional adotado não estava refletindo em resultados positivos na saúde da população.

A PNAN se norteia pelos mesmos princípios e mesmas diretrizes do SUS (ver item *Assimile*), complementada pelos princípios de: alimentação como agente de humanização das práticas de saúde, respeito à diversidade e cultura alimentar, fortalecimento da autonomia dos indivíduos e segurança alimentar e nutricional como soberania (BRASIL, 2013).

As diretrizes do PNAN são os caminhos que podem levar à consolidação dos seus objetivos, modificando o perfil epidemiológico e consolidando a situação de saúde da população. São elas:

Organização da Atenção Nutricional – a estrutura organizacional deve ser modificada de forma que coloque o cuidado nutricional dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização deve entender a

nutrição como parte dos processos de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e encaminhamento para outros níveis de saúde a partir da atenção básica. E deve ser capaz de atender a população tanto em nível individual como coletivo.

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável – união de estratégias com vistas a permitir aos indivíduos e coletividades a consolidação de práticas alimentares adequadas, entendendo principalmente aquelas que são fundamentadas em políticas públicas saudáveis, criando ambientes que favorecem a saúde e o comportamento alimentar saudável, com participação da comunidade e desenvolvendo habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes (BRASIL, 2013).

Vigilância Alimentar e Nutricional – sistematização que enfoca a comunidade e dá acesso a dados epidemiológicos com o objetivo de reorientar e direcionar as ações de saúde, de alimentação e nutrição. Esse sistema deve funcionar de forma a integrar todas as esferas de gestão e ser instrumento resolutivo para o planejamento em saúde (BRASIL, 2013).

Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição – enfrenta o desafio de intercalar de forma articulada várias políticas que discorrem em afinidade com a alimentação e nutrição, tendo como referência o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. A compra de equipamentos e distribuição de insumos, a adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde, a sistematização da educação permanente e a garantia de condição organizacional e estrutura de trabalho adequadas devem estar entre maiores escolhas desse gestor (BRASIL, 2013).

Participação e Controle Social – a população, seja com poder consultivo ou deliberativo, deve participar ativamente das ações do SUS, desde a investigação e levantamento de prioridades, até o processo avaliativo das ações realizadas. A criação de fóruns, conselhos, comissões e convenções deve permitir que a voz e as necessidades populares sejam ouvidas e atendidas (BRASIL, 2013).

Qualificação da Força de Trabalho – a formação, o treinamento adequado e a capacitação dos profissionais devem estar de acordo com esse novo perfil de saúde da população, ou seja, é preciso que a busca da qualificação seja constante dentro da agenda dos profissionais de saúde. Cabe ao governo, em cada uma das suas esferas, operacionalizar a educação permanente dos seus gestores e trabalhadores em geral (BRASIL, 2013).

Controle e Regulação dos Alimentos – para se garantir da alimentação adequada deve-se antes dispor de qualidade sanitária dos alimentos, em toda a sua cadeira produtiva. Devem ser adotadas medidas sanitárias a fim de

que os alimentos sejam adequadamente fiscalizados. O uso de ferramentas de tecnologia e a integração entre os serviços e prestadores colabora para a eficiência do processo (BRASIL, 2013).

Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição – além de educação permanente, os órgãos gestores devem incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias que favoreçam a evolução positiva da situação alimentar e nutricional do país, seja no que diz respeito ao levantamento e uso de dados, seja no que diz respeito ao desenvolvimento de produtos e serviços que favoreçam melhores condições de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

Cooperação e Articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional – o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional envolve garantir o direito à alimentação adequada, e por isso depende que as ações de alimentação e nutrição previstas pela PNAN sejam garantidas pela realização de ações e estratégias intersetoriais (BRASIL, 2013).

Exemplificando

Um bom exemplo de **qualificação da força de trabalho** são oficinas de capacitação oferecidas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas oficinas podem versar sobre diversos temas dentro da área de alimentação e nutrição, mas especificamente podem capacitar os ACS a identificar possíveis casos de obesidade dentro da sua população cadastrada e também orientá-los sobre a melhor forma de abordar o assunto "alimentação" em suas visitas domiciliares.

A PNAN também prevê uma ação governamental dividida entre as três esferas de governo, mantendo assim responsabilidades divididas e delimitadas.

A preocupação do governo brasileiro com o perfil alimentar e nutricional da população reflete na concepção das políticas citadas anteriormente, da mesma forma que organizações internacionais têm feito vários esforços no sentido de combater, controlar e prevenir as doenças crônicas não transmissíveis.

A Organização Mundial de Saúde possui vários documentos de acordo, cooperação e recomendação entre os membros que tem por objetivo estabelecer metas e padrões epidemiológicos. Um desses documentos, publicado em 2004, é a *Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Ele orienta os países membros que ajam no sentido de promover a saúde da população de maneira geral, por meio do incentivo à alimentação

saudável e atividade física, com o objetivo maior de reduzir os riscos e a incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Essas orientações da OMS existem no sentido de tornar as ações mais palpáveis e seus resultados mais visíveis, pois há a necessidade de definição de metas, estabelecimento de um calendário para sua realização e consolidação de diretrizes nacionais sobre os temas versados. É exigido ainda que sejam adotadas medidas de quantificação e registro dos resultados, para que os mesmos possam ser acessados de maneira rápida (OMS, 2004).

A estratégia tem como foco a promoção da alimentação saudável e da atividade física. Para tanto, estimula-se a mobilização de todos os grupos interessados, sociais e econômicos, sejam eles de origem pública ou particular, e associações científicas. Esses grupos devem garantir a aplicação da estratégia e o alcance de suas metas e de seus objetivos, promovendo em seus entornos condições para a realização de atividade física e alimentação saudável. É importante ressaltar que esse acordo é uma cooperação internacional, e deve ter mecanismos específicos que garantam sua consecução em cada país (OMS, 2004).

O tema alimentação é apresentado de maneira prioritária na estratégia e, por isso, também apresenta objetivos específicos. Os objetivos destacados pela redação original são: obter equilíbrio e peso normais, limitar a ingestão de gorduras, substituindo as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar a ingestão de gorduras trans saturadas, aumentar o consumo de hortaliças, frutas, legumes e cereais integrais, limitar a ingestão de açúcares, limitar a ingestão de sal e consumir somente o sal iodado (OMS, 2004).

Todas as ações direcionadas a partir da estratégia devem buscar a promoção de hábitos saudáveis, tanto em relação à alimentação como à atividade física. Os grupos mais vulneráveis e populações de risco devem ser priorizados. Deve haver esforços no sentido de promover a ampla divulgação de informações para toda a população. O comércio de alimentos deve ser fiscalizado, com o objetivo de garantir a oferta de alimentos saudáveis e com informações que sejam suficientes para que o consumidor saiba adequar os alimentos ao seu padrão alimentar.

Além de pontos relacionados à alimentação diretamente, as políticas, para serem consideradas intersetoriais, devem levar em conta os sistemas fiscais e agrários, de forma a favorecer o alcance da segurança alimentar pela população.

Quando se analisa a PNAN à luz da estratégia global, pode-se perceber que ela atende às propostas das OMS; é uma política abrangente e completa, cujo alcance das metas permitirá não só atender às exigências da estratégia, como permitir que a população brasileira seja soberana com relação à sua alimentação e aos seus hábitos alimentares.

Reflita

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) se apresenta como um instrumento de saúde extremamente moderno e adequado às necessidades da população brasileira. Em sua opinião, em que medida a situação sociopolítica e econômica atual propicia o alcance dos objetivos propostos? No caso de não termos essas condições, selecione duas ações, uma em médio e outra em curto prazo que poderiam auxiliar no seu desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Levando a teoria presente na Legislação para uma parte um pouco mais prática, foram definidas, além dos objetivos e das diretrizes, as ações estratégicas para a PNAN. Dessa forma, é possível estabelecer linhas e frentes de trabalho e avaliar cada um dos resultados de forma separada, uma vez que é uma proposta extremamente audaciosa. Assim, sem o ordenamento sistemático das ações pode-se facilmente criar uma situação de utopia ideológica sem resultados palpáveis. São ações estratégicas da PNAN: Vigilância Alimentar e Nutricional, Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais, Programa Bolsa Família, Pesquisa, Inovação e Conhecimento.

Saiba mais

Para aprofundar ainda mais os seus conhecimentos, leia os artigos a seguir:

- BARRETO, Sandhi M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005.
- VELLOZO, Eliana P.; FISBERG, Mauro. O impacto da fortificação de alimentos na prevenção da deficiência de ferro. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 134-139, jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS, 2014.

Sem medo de errar

A família de Joaquim está sendo atendida na Unidade de Saúde da Vila Feliz, e a estagiária Patrícia tem acompanhado esse atendimento. Joaquim e a mãe foram diagnosticados com anemia, e a mãe está gestante, o que pode prejudicar o bebê. Como forma de entender e resolver de maneira integral os problemas de saúde da família, o ACS fez uma visita à residência da família,

onde encontrou João e Maria, irmãos de Joaquim. João tem 10 anos e Maria tem 12 anos. Ambos foram diagnosticados com excesso de peso relacionado à idade e altura. Na entrevista alimentar foi verificado que, embora a escola ofereça lanche na hora do recreio, os irmãos compram seu lanche de um ambulante que fica na porta da escola, sendo que normalmente esse lanche é pipoca doce ou bolacha recheada. O professor de Educação Física da escola está doente há um tempo, e ainda não existe um substituto. As crianças não gostam de atividades ao ar livre, passam seu tempo vendo TV ou brincando no computador. Como forma de tentar resolver o problema do excesso de peso das crianças de maneira integral, a ACS começou convidando-os para participar do grupo de atividade física da Unidade de Saúde, que orienta os usuários a realizarem atividades rotineiras que promovam o aumento de sua taxa metabólica. A presença desse profissional é possível, pois o SUS conta com educadores físicos em sua rede de atendimento e faz parte de sua gama de Programas a "Academia da Saúde". As crianças também foram encaminhadas, juntamente com a mãe, para um grupo de Educação Alimentar e Nutricional existente na Unidade, baseado nas diretrizes da PNAN. No grupo os instrutores trabalham com o *Guia Alimentar para a População Brasileira* e com os *10 Passos para uma Alimentação Saudável*, um dos instrumentos que foram concebidos a partir da PNAN. Além disso, a estagiária Patrícia descobriu que existem vários programas de atenção alimentar e nutricional que cobrem esse grupo familiar, como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Vitamina A Mais, que serão estudados em breve neste livro. Dessa forma, Patrícia pode entender que a PNAN é um instrumento concreto e objetivo, que pode promover melhorias em várias vertentes das famílias brasileiras, basta que os usuários busquem seus direitos e os profissionais estudem as possibilidades que ela oferece. Além disso, Patrícia pode conhecer a Estratégia Global para alimentação, atividade física e saúde, que possibilitou e incentivou, entre outras ações, a criação das Academias da Saúde. A Estratégia reforça o compromisso internacional com a alimentação e a saúde, dando mais força às propostas de educação alimentar e nutricional apresentadas pelos profissionais da rede de atenção à saúde.

Avançando na prática

Alimentação acessível e de qualidade, é possível?

Descrição da situação-problema

A mãe de Joaquim acompanhou a visita do agente de saúde à sua casa, e observou quando ele comentou sobre o excesso de peso dos filhos mais

velhos. Ela alegou que uma das suas dificuldades em relação à alimentação das crianças é o alto custo de uma alimentação saudável. Patrícia resolveu interferir, pois sabia como ajudar a mãe a resolver essa situação. Como você acha que Patrícia poderá ajudar a essa família?

Resolução da situação-problema

Alimentação acessível e de qualidade é uma das propostas da PNAN. Para alcançar esse objetivo, as pessoas devem conhecer o valor nutricional dos alimentos para escolher a melhor forma de adquirir e consumi-los. Para saber quais os alimentos a consumir, o instrumento da pirâmide dos alimentos é ideal, pois cabe em todos os grupos familiares. E com relação ao custo, vários estudos mostram que algumas atitudes podem baratear e viabilizar uma alimentação de qualidade, entre elas: aproveitamento integral dos alimentos, comprar frutas e vegetais da estação, comprar frutas e vegetais nas feiras, buscar nos grandes mercados os dias de promoção, que costumam resultar em uma grande economia. Painéis e cartazes que comparam o preço de alimentos de baixo valor nutritivo com os de maior valor nutritivo também podem ajudar a incentivar o consumo de alimentos saudáveis, não só pelo valor, mas pelo custo-benefício.

Faça valer a pena

1. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada no ano de 1999, e representa a integração dos esforços do Estado brasileiro na proposta de respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Com dez anos de publicação da PNAN, foi dado início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, com o objetivo de consolidar-se como uma referência para os novos enfrentados no campo da alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS). A nova edição da PNAN, publicada em 2011, apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto, está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, na promoção, na prevenção e no cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição, atividades, estas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações. Ações para o seguimento das diretrizes incluem o monitoramento alimentar e nutricional e o controle de deficiências nutricionais, as quais envolvem no âmbito da rede de atenção básica, o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional e acompanhamento das

famílias do Programa Bolsa Família, e programas de suplementação de ferro e de suplementação de vitamina A.

Sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Organização da Atenção Nutricional, assinale a alternativa correta.
a) Os sujeitos considerados na atenção nutricional são os indivíduos e a sua família, porém não consideram a comunidade.
b) Dentro das responsabilidades dos serviços de Atenção Básica está a prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes, por exemplo: ferro e vitamina A.
c) A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados somente ao diagnóstico e tratamento de agravos.
d) A Atenção Básica, pela sua capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos órgãos públicos.
e) A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a avaliação somente no início da organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

2. Segundo o texto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a garantia da inocuidade e qualidade nutricional dos alimentos dependem de ações relacionadas à regulação destes alimentos, fortalecendo os setores que são comprometidos com a saúde pública e a transparência dos processos regulatórios. Controlar e prevenir riscos à saúde deve ser uma ação constante nas agendas de promoção da alimentação adequada, dando especial atenção ao controle do uso de agrotóxicos e aditivos em alimentos, e alimentos destinados a populações com necessidades alimentares específicas. Mas, além dos aspectos sanitários, estratégias de adequação da qualidade dos alimentos processados devem ser parte desse esforço. A qualidade nutricional deve ser monitorada considerando aspectos sanitários, microbiológicos e toxicológicos, e seu perfil nutricional, que envolve teores de macro e micronutrientes, integrando e articulando fortificação de alimentos e reformulação do perfil nutricional dos alimentos processados. Dados epidemiológicos dos últimos anos reforçam a condição de transição nutricional, com aumento expressivo da quantidade de pessoas com excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias, assim como aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. O estilo de vida é o grande responsável por esses dados, uma vez que o consumo de alimentos de alto valor calórico e o sedentarismo são dois fortes atores no processo das DCNT.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar, além de aspectos sanitários, os aspectos do seu perfil nutricional, que se articulam com as estratégias de:
a) Fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de

alimentos processados com vistas à redução de gorduras e carboidratos.
b) Fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas prioritariamente à redução de sódio e potássio.
c) Fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.
d) Fortificação obrigatória de alimentos somente com ferro, e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.
e) Fortificação obrigatória de alimentos somente com ácido fólico, e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de açúcares e sódio.

3. A *Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde* é um documento que foi publicado pela Organização Mundial da Saúde, oriundo de um acordo entre os países membros. Ele que sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo causadas principalmente pela má alimentação e o sedentarismo, que são os maiores fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Essas linhas de ação terão condições de ser implementadas pelo estabelecimento de políticas e investimentos em vigilância, pesquisa e avaliação, capacitando mão de obra e disponibilizando estrutura física e humana suficiente para tanto. Entre as recomendações relacionadas à alimentação e nutrição, o Ministério da Saúde tem vários instrumentos publicados, entre eles o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, que inclui em seu conteúdo a pirâmide dos alimentos, com muitas informações em relação à quantidade e qualidade de porções dos alimentos a serem consumidos. Tendo como base uma dieta de 2.000 kcal, valor necessário para um adulto de peso e estatura medianas, a pirâmide distribui carboidratos, frutas e vegetais, leguminosas e oleaginosas, leite e derivados, carnes e ovos, açúcares e gorduras em diferentes grupos de acordo com a predominância de nutrientes e valor calórico.
Com o lançamento oficial do Ministério da Saúde, em 2006, e com revisão em 2014, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* traz diversas recomendações alimentares oficiais, tais como:
a) A contribuição de carboidratos deve ser de 45% a 60% do valor energético total. Desse total, 20% devem ser provenientes de carboidratos complexos e fibras, e menos de 10% de açúcares livres.
b) O consumo mínimo recomendado de frutas, legumes e verduras é de 400 gramas/dia para garantir 9% a 12% da energia diária consumida, considerando uma dieta de 2.000 kcal.
c) O consumo diário de duas porções de carnes, peixes ou ovos, devido ao alto valor biológico das proteínas presentes nesses alimentos e à alta biodisponibilidade do ferro presente nas carnes, principalmente nos miúdos e nas vísceras e peixes.
d) O total de gordura trans consumida deve ser menor que 5% do valor energético

total diário (no máximo 10 g/dia para uma dieta de 2.000 kcal).
e) O consumo médio de sal pela população brasileira deve ser reduzido, pelo menos à metade, para atender ao patamar máximo de consumo recomendado, isto é, 8 g de sal per capita por dia.

Seção 1.3

Estudos de alimentação e nutrição no Brasil

Diálogo aberto

Planejar ações é um dos requisitos para qualquer programa ou atividade bem sucedida, e não seria diferente nas ações em Saúde Pública. Um bom planejamento deve ser baseado em dados e fatos reais e atuais, pois só assim as ações poderão ser direcionadas, efetivas e, consequentemente, mais resolutivas.

Com relação à situação da família de Joaquim, o consumo alimentar foi um dos fatores em saúde que chamou a atenção da estagiária Patrícia. Para melhor avaliar, ela passou a fazer um acompanhamento dessa família, junto à Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela área. Juntas, elas conseguiram verificar que muitos hábitos alimentares da família foram herdados de seus antepassados, por exemplo, usar banha de porco no preparo e na cocção dos alimentos, embora a situação de vida e saúde das gerações tenha mudado muito. Pensado nisso, a estagiária resolveu pesquisar o que mudou nos hábitos alimentares dos brasileiros nos últimos 60 anos, como essa mudança refletiu no estado nutricional da população em geral, em quais pesquisas realizadas no Brasil podemos coletar essas informações e qual a relevância das mesmas para o setor de definição de Políticas de Saúde. Procure responder a esses questionamentos tendo como orientação as informações desta seção.

Bom trabalho!

Não pode faltar

As pesquisas populacionais no Brasil tiveram início na década de 1960. No ano de 1967, começou a ser implantada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cujo objetivo era coletar dados de forma sistemática, por meio de pesquisa de domicílios, para investigar características sociais e econômicas. Inicialmente, as pesquisas eram trimestrais, mas depois começaram a ser realizadas anualmente, exceto em alguns anos, em que ocorriam as pesquisas do recenseamento demográfico (Censo). A coleta dos dados era composta por variáveis de caráter permanente, tais como educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras de caráter ou periodicidade variável. Na década de 1970, foram incluídas as variáveis de fecundidade e migração. Foi feita também uma série especial, com pesquisa de consumo alimentar e orçamentos familiares, o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), em 1974 e 1975. Na década de 1980, foram incluídos

questionamentos sobre a cor das pessoas e o uso de aparelhos e equipamentos eletrônicos como TV e rádio. Itens de saúde e educação foram incorporados de maneira temporária, assim como mão de obra e previdência. A partir da década de 1990, os itens migração, fecundidade, nupcialidade, trabalho infantil e ensino supletivo foram incorporados definitivamente. Na década de 2000, foi adicionado o tópico suplementar de participação em programas sociais voltados para educação. Com relação à cobertura, em 2004, a pesquisa atingiu cobertura nacional, abrangendo também áreas rurais.

O ENDEF, foi realizado nos anos de 1974 e 1975, dentro da PNAD, com o objetivo de avaliar o consumo alimentar, a estrutura de despesa familiar e o estado nutricional da população brasileira. Foi o primeiro estudo de consumo alimentar populacional do Brasil, com aproximadamente 55 mil famílias entrevistadas. Os dados de consumo foram obtidos por meio da pesagem de todos os alimentos consumidos por refeição, assim como as suas sobras. Foram coletados também os dados antropométricos, o que permitiu a realização de avaliação nutricional dessa população. Entre alguns dos dados relevantes, descobriu-se um percentual de 16,6% de déficit de peso na população menor que 5 anos, sendo de 12,9% nas áreas urbanas e 20,7% na área rural. Entre adultos, o déficit de peso era de 7,2% nos homens e 10,2% nas mulheres. O excesso de peso, por sua vez, era de 18,6% nos homens adultos e de 28,6% nas mulheres adultas. A obesidade, ainda de pouca importância, atingia 2,8% dos homens adultos e 7,8% das mulheres adultas. Em adolescentes, o déficit de peso para altura, classificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), compreendia 33,5% dos meninos e 26,3% das meninas, enquanto o excesso de peso, incluindo o sobrepeso e a obesidade, compreendiam 3,9% dos meninos e 8,2% das meninas. Nesse estudo, não foi detectada obesidade entre os adolescentes do sexo masculino, apenas sobrepeso (IBGE, 1975).

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) também é uma pesquisa domiciliar por amostragem, com o objetivo de analisar a composição dos gastos e do consumo das famílias, dividida segundo o estrato de renda. Faz parte dos seus objetivos comparar as mudanças ocorridas tanto nas despesas quanto nos hábitos dos brasileiros. Além do tipo e da quantidade de alimentos adquiridos e do consumo efetivo dos alimentos, os dados de antropometria também foram coletados. A primeira edição da POF, de 1987/1988, foi realizada com o objetivo de compará-la aos dados do ENDEF. A partir da edição 2002/2003, todo o país foi coberto, incluindo-se informações sobre aquisição de produtos de forma não monetária, como doações e produção própria. Um questionário de avaliação subjetiva das condições de vida foi incluído nesse mesmo estudo. Na edição 2008/2009 foram associadas variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao turismo, à assistência à saúde, à fecundidade e ao maior detalhamento sobre a antropometria. De grande importância, houve a realização da

primeira experiência de utilização de um modelo metodológico para investigação do consumo efetivo pessoal, proposto e trabalhado em parceria com o Ministério da Saúde. Nessa última edição, também foram incluídos alguns itens específicos de alimentação, como amamentação e alimentação infantil.

Um dado relevante da edição de 2002/2003, muito utilizada como comparação à ENDEF, foi o um percentual de 4,6% de déficit de peso na população menor que 5 anos, sendo de 4,3% nas áreas urbanas e 5,3% na área rural. Entre adultos, o déficit de peso apresentado foi de 2,8% nos homens e 5,4% nas mulheres. O excesso de peso, por sua vez, era de 41% nos homens adultos e de 39,2% nas mulheres adultas. A obesidade, agora de grande importância, atingia 8,8% dos homens adultos e 12,7% das mulheres adultas. Em adolescentes, o déficit de peso para altura, classificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), compreendia 2,8% dos meninos e 4,7% das meninas, enquanto o excesso de peso, incluindo o sobrepeso e a obesidade, compreendia 19,8% dos meninos e 18,3% das meninas (IBGE, 2011).

Assimile

A apresentação dos resultados do ENDEF e da POF (2002/2003) nos mostra uma mudança significativa do perfil nutricional da população brasileira. Observe os dados transcritos para as Tabelas 1.1 e 1.2:

Tabela 1.1 | Percentual de desnutrição e sobrepeso em crianças e adolescentes

	Menores de 5 anos		Adolescentes	
	Desnutrição	Excesso de peso	Desnutrição	Excesso de peso
ENDEF	16,6	-	4,8	6,1
POF	4,6	-	3,7	18,7

Fonte: adaptado de IBGE (1975; 2003).

Tabela 1.2 | Desnutrição x Excesso de Peso na População Brasileira Adulta, homens e mulheres (em percentual)

	Homens			Mulheres		
	Desnutrição	Sobrepeso	Obesidade	Desnutrição	Sobrepeso	Obesidade
ENDEF	7,2	18,6	2,8	10,2	28,6	7,8
POF	2,8	41	8,8	5,4	39,2	12,7

Fonte: adaptado de IBGE (1975; 2003).

A edição de 2008/2009 traz informações importantes sobre as mudanças que ocorreram no perfil alimentar e nutricional da população. Ela mostrou que uma em cada três crianças entre 5 e 9 anos apresentava excesso de peso, mas, por outro lado, o déficit de peso continuava em

queda. Mostrou também que a obesidade em adolescentes se apresentava maior em estratos com maior renda. No grupo adolescente, o sobrepeso aumentou seis vezes para homens e três vezes para mulheres, enquanto o déficit de peso continua caindo. Na população adulta, verificou-se mais da metade com excesso de peso (IBGE, 2011).

Em 1989, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), com o objetivo de apurar os dados de nutrição da população e compará-los ao ENDEF (1974/1975). O que se observou foi que os índices de desnutrição diminuíram grandemente, em 1/3 para todas as formas e 2/3 para as formas moderadas e graves, sendo que nas regiões mais pobres, como o Nordeste, a redução foi menor. Um importante fator foi detectado como responsável por esse acontecimento, assim como pelo déficit de crescimento em crianças a partir de cinco anos, que é o déficit de aleitamento materno. Nos resultados, embora a situação de desnutrição tenha diminuído muito, cerca de 20 a 25% dos adultos estavam na situação de nanismo, que é o déficit de altura relacionado à desnutrição. O excesso de peso se apresenta importante, já que foi detectado em 32% da população, maior que em muitos países desenvolvidos.

Reflita

Ao compararmos os dados sobre o estado nutricional da população brasileira, de 1975 a 2003, passamos por três grandes estudos: ENDEF, PNSN e POF. Os resultados nos mostram diminuição dos índices de desnutrição e aumento do sobrepeso em toda a população brasileira. Podemos dizer então que o consumo alimentar da população brasileira melhorou, já que menos pessoas estão desnutridas?

Com o avanço do sobrepeso e da obesidade entre a população em geral, aumentou também o número de pessoas acometidas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tanto que algumas pesquisas começaram a ser feitas com o objetivo de mapeá-las. O Ministério da Saúde elaborou um sistema de vigilância de fatores de risco para DCNT, o VIGITEL, um instrumento que monitora diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, além dos fatores de risco para tais, como o tabagismo, alimentação não saudável, uso nocivo de bebidas alcoólicas e inatividade física. Ao longo de cada ano, algumas outras questões sobre saúde e cotidiano são incluídas, tais como proteção contra raios ultravioleta e ocorrência de multas por excesso de velocidade (BRASIL, 2017).

Esse estudo inova em termos de coleta de dados, uma vez que estabelece e valida a entrevista telefônica, selecionando telefones fixos para amostra e entrevistando apenas indivíduos acima de 18 anos. Um dos resultados

observados foi o aumento do excesso de peso em adultos, variando de 46,9%, em Palmas, até 59,8% em Campo Grande. A obesidade, por sua vez, variou de 15%, em Florianópolis, até 23,8%, em Manaus. Esses dados são alarmantes e mostram a evolução contínua do excesso de peso e obesidade no país (BRASIL, 2017).

Com relação ao consumo alimentar, o consumo de frutas e hortaliças de forma regular variou de 15,5%, em Fortaleza, até 32,6%, no Distrito Federal. Esse indicador é avaliado, segundo recomendação do Ministério da Saúde, pelo consumo de pelo menos 400g desses alimentos diariamente. Por outro lado, o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi observado em 17,4% dos homens e 12,2% das mulheres entrevistadas (BRASIL, 2017).

Exemplificando

Um exemplo de aplicação dos resultados dos inquéritos alimentares e estudos populacionais é o "Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2012". Esse plano de ação, com o objetivo de implementar ações de controle e combate das DCNT, foi resultado da preocupação com os números crescentes dessas patologias, apresentados de maneira regular nos estudos populacionais, principalmente quando se comparam ENDEF, PNSN e POF.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PEnSE) foi realizada em três edições: 2009, 2012 e 2015. Ela também fornece dados ao sistema de vigilância das DCNT do Ministério da Saúde, e tem como público alvo alunos do 9º ano em um grupo amostral, e alunos de 13 a 17 anos em outro grupo amostral. Esse grupo de características distintas permite que a amostra se componha apenas de indivíduos que têm um nível de escolaridade mais elevado, permitindo perguntas e respostas mais complexas e a autoaplicação informatizada do questionário, o que permite alcançar uma amostra maior. Os resultados mostram diferentes aspectos em saúde, como a associação da entrada precoce na puberdade, com comportamento de riscos em saúde. Os dados de consumo alimentar apresentam resultados que justificam parcialmente os dados de sobrepeso e obesidade já verificados em outros estudos, pois, mesmo em escolas públicas, em que o lanche é fornecido pela instituição e apresenta caráter nutricional adequado, 49% dos estudantes têm acesso a pontos de venda alternativos, onde compram guloseimas (balas, chicletes, salgadinhos, refrigerantes, etc). O consumo semanal dos alimentos se distribuiu da seguinte forma: 60,7% para feijão, 37,7% para legumes e 32,7% para

frutas, que foram os marcadores para alimentação saudável utilizados. Já entre os marcadores para uma alimentação não saudável, o consumo se apresentou da seguinte forma: 13,7% para salgados fritos, 41,6% para guloseimas, 26,7% para refrigerantes e 31,3% para ultraprocessados (IBGE, 2015).

Outros indicadores relacionados aos hábitos alimentares e que podem ser importantes: 12,8% dos homens e 14,4% das mulheres comem em fastfood mais que três vezes por semana; quanto a realizar o café da manhã em mais de cinco dias por semana, considerado de grande importância, foi observado em 57,6% dos homens e 71,7% das mulheres; o hábito de comer enquanto assiste à televisão ou estuda em mais de cinco vezes por semana é observado em 56,3% dos homens e 59,6% das mulheres; por fim, fazer as refeições (almoço ou jantar) na companhia dos pais ou responsáveis em mais de cinco refeições por semana foi verificado em 70,8% dos homens e 77,5% das mulheres (IBGE, 2015). Esse estudo, por seu público específico e por sua abrangência, especialmente pela diversidade de temas, merece uma leitura aprofundada, que permitirá enxergar diversas vertentes de ação interdisciplinar e multidisciplinar necessárias.

Com essa breve leitura sobre os estudos populacionais realizados no Brasil já é possível ver como a situação alimentar e nutricional se modificou com o passar dos anos. Essas mudanças, que refletem no perfil epidemiológico, caracterizam um fenômeno denominado Transição Nutricional, que é a mudança do perfil alimentar e nutricional da população. E quais foram essas mudanças? De maneira geral, houve diminuição expressiva dos casos de desnutrição e aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, acompanhados pelo aumento da incidência e prevalência das DCNT. Essas alterações decorrem de mudanças tanto nos aspectos de saúde pública, como da melhoria das condições de saneamento e a cobertura vacinal, e de mudanças no estilo de vida, causadas por alterações na estrutura econômica e social da população. A industrialização e urbanização crescentes, a diminuição do tamanho das famílias, a entrada da mulher no mercado de trabalho e, consequentemente, o seu afastamento das atividades exclusivamente domésticas mudam a qualidade da alimentação. O fato da maior parte das pessoas fazer parte de suas refeições fora de casa leva a uma alteração que tem influências no perfil alimentar e na economia, uma vez que gera a necessidade de estabelecimentos que ofertem refeições que antes eram realizadas no domicílio.

Os hábitos alimentares se apresentam alterados de forma expressiva. Entre as principais ocorrências da alimentação estão o aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares, refrigerantes, álcool, sal, produtos industrializados com excesso de gordura transaturada, doces e guloseimas, leite e derivados. O consumo de carboidratos complexos diminuiu, assim como o consumo de frutas, verduras e legumes. Essa mudança também gerou um

aumento da ingestão calórica em geral, o que também explica o quadro de desnutrição x obesidade (SOUZA, 2010). Com o aumento da ingestão calórica, os casos de desnutrição são superados, mas, em contrapartida, indivíduos que apresentavam perfil nutricional adequado passaram a ingerir mais calorias que o necessário, ocasionando o aumento da obesidade e do sobrepeso.

Por outro lado, as atividades de lazer e mesmo as atividades laborais influenciam de maneira expressiva no aumento de peso corporal, por causa do aumento do sedentarismo, da realização de atividades que exigem cada vez menos movimentação, do deslocamento cada vez mais predominante por veículos, do maior tempo em frente à televisão, aos computadores e videogames, assim como mais empregos em que o indivíduo permanece sentado.

De certa forma, verificamos que os dados dos estudos contribuíram de forma expressiva para a elaboração e publicação de políticas e programas voltados para a promoção da saúde e prevenção do avanço da DCNT, entretanto não temos ainda nenhum avanço no sentido de diminuir os índices hora apresentados. Isso significa que, embora já estejamos cientes do aumento dos números relacionados ao consumo alimentar e aos hábitos de vida que geram sobrepeso e obesidade, esse crescimento ainda não foi contido, ou seja, nenhum programa se apresentou efetivo nesse sentido. Nosso papel, portanto, é continuar utilizando os dados não só para direcionar nossas ações em Nutrição e Saúde Pública em geral, mas também, e principalmente, para avaliar a efetividade e resolutividade das ações propostas e realizadas.

Saiba mais

Para melhor entendimento de alguns dos tópicos estudados nesta seção, sugerimos que acesse o material a seguir:

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; RABELO, M. R. G.; SILVA, L. A. M.; VILLELA, W.V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr/jun, 2013.

Sem medo de errar

Como visto, Patrícia começou a acompanhar mais de perto o dia a dia da família de Joaquim para verificar seu consumo e seus hábitos alimentares. Ela constatou que muitos hábitos da família foram herdados de seus antepassados, como usar banha de porco no preparo e na cocção dos alimentos, embora a situação de vida e saúde das gerações tenha mudado muito. Pensando nisso, a estagiária resolveu pesquisar o que havia mudado nos hábitos alimentares

dos brasileiros nos últimos 60 anos e como essa mudança refletiu no estado nutricional da população em geral. Ela quis descobrir também em quais pesquisas realizadas no Brasil podemos coletar essas informações e qual a relevância das mesmas para o setor de definição de políticas de saúde.

No caso dos hábitos alimentares, as principais mudanças verificadas foram o aumento da ingestão calórica, aumento do consumo de gorduras saturadas e transaturadas, aumento do consumo de produtos industrializados e aumento do consumo de sal. O consumo de feijões, frutas, verduras e legumes diminuiu com o passar dos anos. Essas mudanças fizeram com que o aporte calórico dos indivíduos aumentasse, resultando, juntamente com a diminuição da atividade física, em aumento de peso corporal e de DCNT. Uma série de pesquisas e estudos nos apresentam esses dados, começando com o ENDEF, passando pelo PNSN, POF, PEnSE e Vigitel. Com a inclusão de novos indicadores e variáveis nas pesquisas a cada ano, elas se tornam cada vez mais completas, nos permitindo fazer ligações e inferências sobre os mais diversos assuntos que de alguma forma estejam ligados ao estado nutricional da população. Direcionar e avaliar a efetividade e resolutividade das ações propostas e tomadas também são importantes funções das pesquisas, que, com o auxílio de tecnologias avançadas e meios de comunicação cada vez mais modernos, se tornam mais rápidas e menos dispendiosas ao mesmo tempo que produzem mais informações. A utilização de mais de um tipo de pesquisa versando sobre o mesmo assunto permite que se escolha o melhor refinamento de dados a ser utilizado, e também que várias visões sobre o mesmo assunto sejam aplicadas e coordenadas. A participação dos profissionais de saúde tanto na elaboração dos instrumentos de pesquisa quanto no treinamento e na capacitação dos pesquisadores, até mesmo na compilação e no tratamento dos dados, permite que a apresentação dos resultados seja confiável, e que sua utilização corresponda a necessidades reais. Em estudos realizados nos primórdios, os resultados demoravam a serem divulgados, o que às vezes acabava por apresentar um panorama já não tão fiel à realidade do momento.

Avançando na prática

Obesidade Infantil em camadas de baixa renda. Quais os determinantes?

Descrição da situação-problema

Em sua caminhada pela Unidade de Saúde e nas visitas domiciliares, Patrícia percebeu a alteração de situação nutricional nos irmãos de Joaquim,

ambos com excesso de peso. Como a família é de baixa renda, na concepção de Patrícia, a situação comum seria a desnutrição, por falta de alimentos, e não a obesidade. Ajude Patrícia a entender porque o excesso de peso e a obesidade atingem camadas menos favorecidas da sociedade, embora a desnutrição não tenha sido erradicada.

Resolução da situação-problema

O atual panorama alimentar e nutricional da população brasileira está dentro do contexto da transição nutricional. Essa situação se caracteriza por mudanças no perfil epidemiológico e nutricional e no perfil de consumo e hábitos alimentares. De um país de grande índice de desnutrição, passamos a ter altos números de sobrepeso e obesidade, superiores até mesmo a alguns países desenvolvidos. Porém, essa situação não é decorrente de melhoria na qualidade de vida e alimentação da população. Ela reflete claramente uma alteração qualitativa do consumo alimentar, em que as pessoas passaram a ingerir menos alimentos in natura e minimamente processados, diminuindo o consumo de feijões, cereais ricos em fibras, frutas, verduras e legumes, e aumentando o consumo de alimentos de alta densidade calórica, embora com baixa qualidade nutricional. O consumo de gorduras saturadas, gorduras transaturadas, presentes principalmente em alimentos industrializados (processados e ultraprocessados), sal, doces, chocolates e açúcares em geral aumentou muito. Some isso ao aumento do sedentarismo e diminuição de atividades com consumo de energia de moderado a intenso, além do aumento do tempo de horas em frente à TV e ao computador, e teremos como resultado os altos índices de sobrepeso e obesidade alcançados hoje pela população brasileira. Não é necessário ter alto poder aquisitivo para se ter acesso a alimentos excessivamente calóricos e de baixa densidade nutricional, pelo contrário: embora não seja verdade que a alimentação de qualidade seja altamente dispendiosa, é possível elaborar alimentos industrializados com custo extremamente reduzido. Ainda há outro forte aliado, o marketing que prega o consumo massivo e exagerado destes alimentos de baixa densidade nutricional.

Faça valer a pena

1. O istema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por inquérito telefônico, também conhecido como Vigitel, ocorre anualmente em todo o território nacional. Esse sistema tem sido utilizado para monitorar o alcance das metas do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil de 2011 a 2022, a partir de sua linha de base em 2010. O relatório de 2016 mostra que ainda não tivemos grandes avanços, pois

as DCNT aumentaram, sendo que o aumento de diabetes foi de 61,8% e o aumento de hipertensão, de 14,2%. Mais da metade da população está com excesso de peso e 18,9% dos brasileiros estão obesos. Com relação aos hábitos alimentares, alguns pontos positivos: aumento do consumo regular de frutas e hortaliças e redução do consumo de refrigerantes e sucos artificiais. A atividade física no lazer também mostrou aumento. Com relação ao consumo de bebida alcoólica, outro ponto de saúde importante, o consumo antes de dirigir e o consumo abusivo mostraram níveis em estabilidade.

Considerando o Vigitel como um todo, leia atentamente as assertivas abaixo:
I – Por meio da vigilância em saúde, é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e seus fatores determinantes e condicionantes.
II – Também é possível, por meio da vigilância em saúde, detectar mudanças do perfil de doenças com relação ao tempo e espaço geográfico.
III – Embora tenha várias vantagens, a entrevista por telefone é um limitador importante do sistema.

São corretas as alternativas:
a) I, II e III.
b) Apenas I e II.
c) Apenas II e III.
d) Apenas I e III.
e) Apenas I.

2. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem como uma das suas diretrizes a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição. Sua implementação deve envolver uma atuação baseada em duas vertentes: um quadro de desnutrição e infecção, que afeta particularmente crianças pobres, com alta morbimortalidade. Na segunda vertente, um grupo em que predomina o sobrepeso e a obesidade, associados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que atinge todas as faixas etárias. Nos dois casos, a abordagem nutricional é a referência. Devem ser feitas ações de promoção da saúde e controle de desvios nutricionais, com ênfase na educação alimentar para o controle das DCNT. Ações multidisciplinares, envolvendo educadores físicos, fisioterapeutas, enfermeiros e médicos, além dos nutricionistas, se mostram excelentes estratégias. A identificação precoce dos casos de sobrepeso colabora para evitar que cheguem no estado de obesidade. No caso específico da desnutrição, é necessária a abordagem familiar e identificação dos fatores de risco, atuando de forma a identificar famílias vulneráveis. É importante que sejam feitas ações de prevenção e controle das infecções, especialmente de diarreia e infecções do trato respiratório superior, associadas à distribuição de alimentos, dando ênfase aos bolsões de pobreza e grupos vulneráveis, como gestantes, nutrizes, menores de 5 anos e idosos.

Com relação às estratégias de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais, enfatizando os cuidados relacionados aos casos de desnutrição energético-proteica e sobrepeso/obesidade, assinale a alternativa correta:
a) A deficiência de ferro e Vitamina A na população foram erradicadas pelas ações que garantiram a melhoria do acesso à saúde e aos Programas de Suplementação de Micronutrientes.
b) O excesso de peso na população brasileira respondeu de maneira positiva às ações da PNAN, não sendo mais um problema de saúde pública do país.
c) As políticas de suplementação, como a da Vitamina A e ferro, têm apresentado baixa efetividade, correndo o risco de sair da agenda de saúde pública do país.
d) Além dos agravos nutricionais, a PNAN também reconhece necessidades alimentares especiais como demanda do SUS, tendo como exemplos a doença celíaca, erros inatos do metabolismo, intolerâncias e alergias alimentares.
e) O ressurgimento dos casos de Beribéri em alguns estados brasileiros é reflexo do alto consumo de farinha de trigo fortificada com ácido fólico pelos brasileiros.

3. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada e sua nova portaria, publicada em 21 de setembro de 2017, estabelece as novas e revisadas diretrizes no âmbito do SUS. O novo texto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, em agosto de 2017. A proposta de atualização da política surgiu da necessidade de ajustar alguns pontos a outros já bem-sucedidos. A resolutividade de algumas estratégias, como a Estratégia de Saúde da Família, precisava ser reforçada por outros pontos ainda deficientes, tais como o financiamento da Atenção Básica, a continuidade do uso dos sistemas de informação e a integração com a vigilância epidemiológica e sanitária. Algumas mudanças foram propostas na concepção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Essas mudanças dizem respeito principalmente ao prazo de implantação das equipes, à cobertura no Nasf-AB, ao teto populacional e à incorporação ao Registro Eletrônico em Saúde. Como em toda mudança, alguns gestores foram contra a nova proposta, embora vários grupos sejam favoráveis a alterações. Entre os pontos negativos, o fato da nova redação não exigir número mínimo de agentes de saúde por equipe e a divisão de tarefas entre ACS e agentes de endemias pode ser caracterizado um retrocesso. Um outro ponto importante é que a nova redação foi publicada sem ampla discussão e sem considerar os apontamentos da CNS.
Como fala o enunciado, pontos positivos e negativos podem ser apontados na nova redação da PNAB. Com relação a esses pontos, assinale a alternativa correta:
a) Faz parte da nova redação da PNAB o reconhecimento de outros formatos de equipe, que a gestão municipal poderá compor de acordo com a sua necessidade, tendo validade para todas as novas equipes a serem formadas.
b) A figura do Gerente de Unidade Básica de Saúde é recomendada, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho na UBS.
c) Entre os pontos questionados da nova PNAB está o fato de ainda não haver prazo para implantação das equipes depois da publicação do credenciamento em portaria.

d) O teto populacional passa a ser maior, indo de 2500 a 3000 para 5000 pessoas na população adscrita.
e) O fato de não ter sido incorporado ao Registro Eletrônico em Saúde faz com que a nova PNAB não garanta a continuidade do uso dos sistemas de informação.

Referências

BARRETO, Sandhi M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100005. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 21 set 2018.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição** - Resultados Preliminares. Ministério da Saúde. Instituto de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletimSisvan/pnsn.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF)**. Consumo Alimentar e Antropometria. Secretaria de planejamento. Rio de Janeiro: IBGE, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40. Acesso em: 22 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares**. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: https://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dados/1145-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html. Acesso em: 22 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/

fevereiro/23/15.%20PNPS%20revisada%20-%20Portaria%20n%C2%BA%202446.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.

SOUZA, F. L. D.; CHACUR, E. P.; RABELO, M. R. G.; SILVA, L. A. M.; VILLELA, W.V. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr/jun, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a05.pdf. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUZA, E. B. Transição Nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA,** Volta Redonda, v. 5, n. 13, 2010. Disponível em: http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1025. Acesso em: 22 nov. 2018.

VELLOZO, Eliana P.; FISBERG, Mauro. O impacto da fortificação de alimentos na prevenção da deficiência de ferro. **Rev. Bras**. Hematol. Hemoter., São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 134-139, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000800024&lng=en&nrm= -iso. Acesso em: 21 set. 2018.

Unidade 2

Segurança Alimentar e Nutricional

Convite ao estudo

Nesta unidade, você conhecerá novos aspectos da vida e da família de Joaquim. Eles nos mostrarão um pouco da história de seus avós, como ele vieram até Mirasul e como a história dessa família está ligada à evolução da saúde pública no Brasil. Cada fato da vida dela nos mostra algo da própria saúde pública brasileira, em que medida as mudanças aconteceram e como cada uma delas refletiu ou não na vida da população. O estudo do conteúdo permitirá que você compreenda os aspectos de uma alimentação de qualidade e o que é necessário para que se garanta a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a todos da comunidade; também, poderá fazer a relação de causa e efeito entre insegurança alimentar e os distúrbios carenciais tão presentes na população brasileira. Existem programas de governo específicos para o combate a esses distúrbios? Existem formas de preveni-los?

A história do estudo da alimentação e nutrição no Brasil iniciou com a preocupação da fome que tomava conta de grande parte da população. A fome está diretamente ligada aos distúrbios carenciais pela falta de alimentos, mas, mesmo com a evolução da situação alimentar e nutricional do país, continuou-se com carências nutricionais, só que agravadas pelo quadro de doenças crônicas não transmissíveis, que outrora foram consideradas patologias das classes "abastadas". Esse fato mostrou uma nova face da situação alimentar e nutricional do país, que deu origem a vários estudos, os quais, por sua vez, levaram a uma linha de pesquisas aprofundadas na Segurança Alimentar e Nutricional do país. O conceito de fome se expandiu, pois percebeu-se que não bastava ter os alimentos, mas os ter em quantidade suficiente, com qualidade e sem restringir o acesso a outras necessidades essenciais.

A implantação da política de Segurança Alimentar e Nutricional expõe a necessidade de um sistema que permita o registro e acompanhamento dos dados relativos à ela. Essa necessidade faz surgir o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, aliado à evolução tecnológica do novo milênio.

Enfim, vemos, acima de tudo, que a organização da sociedade civil, por meio das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional, tem contribuído de maneira decisiva para que o sistema de saúde brasileiro se torne cada vez mais acessível a quem precisa, ou seja, o povo brasileiro.

A cada nova unidade, sua curiosidade será despertada e você enxergará mais longe o horizonte da saúde pública. Bons estudos!

Seção 2.1

Conceitos de distúrbios nutricionais

Diálogo aberto

Na primeira parte da investigação sobre a família de Joaquim, a estagiária Patrícia conheceu os irmãos mais velhos dele, e agora procura mais informações sobre a origem dessa família, de onde vieram e como tem sido tratada pelo sistema de saúde do país ao longo dos anos, de forma a entender como esse processo reflete na situação atual de todos os entes de Joaquim.

A família de Joaquim, que morava na Região Nordeste do Brasil, resolveu se mudar para a Região Sudeste, na região metropolitana de São Paulo, há cerca de 30 anos. O avô veio procurar trabalho, já que em sua cidade natal sua mulher e os sete filhos estavam passando fome. A mulher e os filhos vieram e se instalaram nos arredores da cidade de São Paulo, em condições precárias de moradia. Hoje, Joaquim e os avós residem em Mirasul, cidade do estado de São Paulo, na mesma região, em casas diferentes. O avô, moderadamente desnutrido, tem diabetes tipo 2 e é aposentado. A avó sofre com hipertensão arterial e diabetes, além de excesso de peso. Patrícia, que vem acompanhando toda a história da família, percebeu que precisa conhecer mais profundamente outros distúrbios relacionados à nutrição, como obesidade, hipertensão e diabetes, e se pergunta: quais programas de saúde pública se propõem a promover a saúde dos usuários do SUS que apresentam os distúrbios citados?

Sua missão é ajudar Patrícia a responder a essa questão, tornando sua visão do sistema de saúde pública do país ainda mais abrangente.

Não pode faltar

Embora o nosso país tenha políticas de saúde pública avançadas e completas, a situação de saúde da população ainda tem muito a melhorar, em especial, merecem atenção especial os **distúrbios nutricionais**. Eles são desvios do estado nutricional relativos à falta ou ao excesso de algum nutriente específico, ou de um conjunto de nutrientes. Antes da transição nutricional, os distúrbios nutricionais eram relacionados especificamente a carências nutricionais, porém, hoje, neste tempo pós-transição nutricional, muitos são relacionados ao excesso de nutrientes.

Assimile

Distúrbios nutricionais relativos à falta de nutrientes: desnutrição (carência de energia e proteínas), anemia (carência de ferro), hipovitaminose A (carência de vitamina A), beribéri (carência de vitamina B), entre outros.

Distúrbios nutricionais relativos ao excesso de nutrientes: obesidade (excesso de calorias em geral), hipertensão (excesso de sódio) e dislipidemias (excesso de gorduras).

Os distúrbios nutricionais são considerados problemas de saúde pública na medida em que atingem uma grande parte da população, e merecem destaque porque para todos eles existem medidas de prevenção e controle no âmbito da saúde pública. Ações desenvolvidas nas unidades de saúde e por todos os profissionais que atuam junto à população podem ser direcionadas ao controle e combate dessas patologias.

Pode-se dizer que os distúrbios nutricionais ocorrentes no Brasil são reflexo da situação de insegurança alimentar em que vive a população. O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional define que a alimentação adequada é aquela que fornece todos os nutrientes necessários, em qualidade e quantidade suficientes, de forma regular e constante, e sem comprometer outras necessidades básicas, como moradia, lazer e saúde.

Exemplificando

A Segurança Alimentar e Nutricional, muitas vezes, é entendida apenas como o acesso a alimentos de qualidade sanitária, porém o conceito atual é muito mais abrangente. Ele trata do acesso regular aos alimentos, sem comprometer outras necessidades essenciais, ou seja, caso a família tenha que comprar medicamentos e isso resulte em orçamento insuficiente para a alimentação, a situação dela é de insegurança alimentar e nutricional. Da mesma forma, se a família não tem condições de ter atividades de lazer porque se assim fizer não terá condições de acesso à alimentação adequada, a sua situação é de insegurança alimentar e nutricional. A melhor forma de visualizar é tomando as necessidades essenciais do ser humano: alimentação, saúde, moradia, lazer, educação e trabalho. Se qualquer uma delas for comprometida, as outras, consequentemente, estarão comprometidas também, gerando a citada situação de insegurança.

Distúrbios nutricionais por excesso de nutrientes: a situação pós-transição epidemiológica e nutricional do Brasil e do mundo

As modificações no estilo de vida e nos hábitos alimentares e de saúde impostos pela sociedade moderna trouxeram para o cenário de doenças de saúde pública as doenças crônicas não transmissíveis. São patologias, cujo principal fator desencadeante é a alimentação inadequada, associada à vida sedentária ou a um baixíssimo nível de atividade física. Os excessos alimentares que geram as doenças crônicas são caracterizados pelo excesso de ingestão de carboidratos simples (açúcares em geral, doces, balas e outras guloseimas), de cereais, de farinhas e massas refinados, de gorduras (principalmente, frituras e gorduras de origem animal), de sal e sódio e de produtos industrializados. Esses excessos causam um desequilíbrio energético, gerando acúmulo de calorias e, consequentemente, acúmulo de peso. Uma vez que os alimentos citados são, normalmente, cheios de calorias vazias, o excedente de energia é associado à pobreza de micronutrientes e fibras, causando o que se chama de "fome oculta", que é o excesso de peso mascarando várias carências nutricionais.

Dentro do contexto da saúde pública brasileira, verificou-se a necessidade da construção de instrumentos que subsidiassem ações de profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), dando origem aos Cadernos de Atenção Básica. Vários volumes já foram publicados com os temas mais relevantes, entre eles, os que citaremos nesta seção, que são: obesidade, hipertensão e diabetes, assim como os relativos a micronutrientes, que citaremos em seções posteriores. O objetivo desses cadernos é subsidiar as ações dos profissionais para um **cuidado integral dos distúrbios, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.**

O Caderno de Atenção Básica nº 38, sobre a obesidade, já foi atualizado frente às mais recentes necessidades e situações da saúde pública brasileira. A publicação se destaca pela abordagem integral e humanizada do paciente com excesso de peso, enfocando, ainda, a prevenção de outras doenças crônicas não transmissíveis, normalmente associadas a esses pacientes.

A inclusão do manejo nutricional como referência na rotina dos serviços de saúde conta com a abordagem alimentar como prática cotidiana e efetiva, que permite qualificar a atenção integral ao indivíduo, levando em consideração sua inserção social, econômica e cultural.

Os dados de estudo utilizados para construção desse caderno mostram que mais da metade da população brasileira com mais de 20 anos encontra-se com excesso de peso, e cerca de 15% estão obesos. Essa situação é alarmante, porque o acompanhamento dos estudos populacionais nos mostra que os dados de prevalência de excesso de peso e obesidade crescem a cada pesquisa.

A prevenção e o controle da obesidade exigem esforços de toda a comunidade, de profissionais, gestores e da população, além de um escopo ampliado de ações capazes de apoiar e orientar o indivíduo para a adoção de hábitos saudáveis. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve acolher esses indivíduos e se articular com outros serviços localizados nos demais níveis de atenção à saúde que promovam a interdisciplinaridade da atuação.

Os cuidados com o indivíduo obeso podem exigir direcionamento à atenção especializada, no entanto o vínculo com a Atenção Básica deve ser mantido, ou seja, mesmo enquanto são atendidos e tratados pelas unidades de cuidado especializado, os indivíduos devem ser acompanhados por ela, mantendo a conexão com suas unidades de saúde ou equipes de saúde da família.

Cabe à Atenção Básica o direcionamento das ações secundárias para os pacientes obesos, identificando os pontos de atenção existentes no município e o número de pessoas com sobrepeso e obesidade estratificados pela necessidade e tipo de atenção e construindo o fluxo de direcionamento e encaminhamento dos pacientes. Cabe também a ela fazer o acompanhamento e o mapeamento dos pacientes, conforme os parâmetros da linha de cuidado.

O Caderno de Atenção Básica nº 38 define estratégias de classificação e intervenção diferenciadas para cada ciclo da vida – crianças, adolescentes, gestantes e lactantes, adultos e idosos. Cada ciclo é avaliado segundo suas características específicas, e as orientações de intervenção são direcionadas às necessidades nutricionais específicas. Algumas patologias associadas à obesidade, como câncer e distúrbios endócrinos, são avaliadas de maneira diferenciada.

Entre as estratégias de abordagem, em primeiro lugar, deve ser estabelecido um plano de ação para mudança de comportamento com foco na promoção da alimentação saudável e atividade física. Em seguida, verificar o estágio de mudança de comportamento em que o paciente se encontra. Depois disso, avaliar o consumo alimentar e estabelecer metas de mudanças conforme a necessidade nutricional e o estágio de mudança detectado no passo anterior. Outro passo é orientar quanto à alimentação com vistas à manutenção do peso saudável. Nessa etapa, são utilizados os Guias Alimentares para a População Brasileira, forte instrumento de educação alimentar e nutricional.

A abordagem cognitivo-comportamental é um passo importante na avaliação ambulatorial do paciente com excesso de peso e obesidade. Nela, identifica-se o pensamento disfuncional com relação à alimentação. Logo depois, quais são os fatores que desencadeiam o pensamento disfuncional, como forma de tentar estratégias para modificá-lo. A atuação para a modificação do pensamento disfuncional envolve abordagem familiar e trabalho em grupos, uma forma de construção coletiva do conhecimento que tem demonstrado ótimos resultados.

Na busca da promoção da saúde, educação em saúde e prevenção da obesidade, são envolvidos conceitos ampliados, para serem aplicados nos diferentes níveis organizacionais de atenção à saúde – micro, meso e macro. A promoção da atividade física entra como estratégia essencial, que deve contar com a colaboração de profissionais específicos da área para a sua implantação.

Em um capítulo à parte do caderno, são tratados os distúrbios alimentares com característica psicológica: bulimia e anorexia nervosas e transtorno alimentar de compulsão periódica. São patologias que devem ser identificadas e tratadas na Atenção Básica e que possuem forte componente que desencadeia o excesso de peso e a obesidade.

Reflita

A obesidade se desenvolve a partir de vários fatores determinantes, de ordem social, econômica, cultural e até mesmo religiosa. O tratamento convencional da obesidade tem um enfoque ambulatorial forte, com medidas curativas que, muitas vezes, exigem mudanças bruscas no hábito alimentar. Você acredita que o enfoque tradicional da nutrição é capaz de reverter o quadro situacional da obesidade no Brasil? Pense nisso levando em consideração as propostas que foram incluídas no Caderno de Atenção Básica nº 38.

Doenças crônicas não transmissíveis – Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma doença que avança no Brasil, cuja prevalência atual varia de 22 a 44% na população adulta, passando para 50% nos idosos, o que exige o estabelecimento de uma linha de cuidado para os pacientes com essa patologia. Ela alta prevalência e baixo controle, além de ser fator de risco para várias outras doenças crônicas, como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, entre outras. Dessa forma, entende-se que as equipes de Atenção Básica devem estar preparadas para não só tratar, como também identificar possíveis casos de hipertensão precocemente.

O estabelecimento da linha de cuidado exige que sejam feitos o rastreamento e o diagnóstico precoces, a partir de identificadores padronizados. Assim como no tratamento da obesidade, o tratamento e acompanhamento dos hipertensos deve ser feito segundo sua faixa etária e ciclo da vida. Seja âmbito ambulatorial ou nas visitas domiciliares, o tratamento vai envolver alimentação, atividade física e medicamentos, que variarão de acordo com a gravidade ou o estágio em que se encontra cada paciente.

A alimentação deve receber atenção especial na busca de um padrão alimentar saudável, com foco na ingestão energética e de macro e micronutrientes, de forma a compensar as disfunções impostas pela condição patológica e prevenir avanços e morbidades. Entre as principais orientações, está a busca pelo peso saudável, exigindo perda de peso em grande parte dos casos. No quesito macronutrientes, evitar a ingestão de açúcares e carboidratos refinados, como farinhas, massas e arroz, dando preferência aos cereais integrais e complementando a ingestão de fibras com frutas e vegetais. Evitar, também, excesso de gordura saturada, principalmente a de leite e carnes, dando preferência a alimentos com pouco teor de gordura. Outro aspecto importante é reduzir o consumo de sódio, seja pela redução da ingestão do sal de cozinha, substituindo-o por outros temperos, seja pela redução de produtos industrializados, mesmo os de sabor doce, pois utilizam corantes e conservantes à base de sódio. O uso de adoçantes também deve ser observado, uma vez que alguns disponíveis no mercado contêm sódio em sua composição.

Como é uma situação patológica extremamente complexa, existem capítulos específicos para orientações de atividade física e para a saúde bucal. As orientações detalhadas sobre a linha de cuidado da hipertensão arterial podem ser consultadas no Caderno da Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013).

Doenças crônicas não transmissíveis – Diabetes mellitus

O diabetes mellitus é outra patologia que também apresentou grande avanço em termos de prevalência e incidência na população brasileira. Esse fato levou à criação de uma linha de cuidados, cuja finalidade é qualificar e fortalecer a atenção aos diabéticos por meio do cuidado integral e longitudinal em todos os pontos que merecem atenção. A situação do diabetes é agravada pelo fato de ter estreita relação com doenças cardiovasculares, fazendo com que a prevenção destas passe pela sua prevenção.

O rastreamento e o diagnóstico precoces são fundamentais para o desenvolvimento com sucesso da linha de cuidado. Deve-se levar em consideração que, em muitos casos, a patologia se desenvolve sem que seja diagnosticada, o que agrava o prognóstico e faz com que aumente a possibilidade de comorbidades e situações irreversíveis. Os dados e indicadores para o rastreamento e o diagnóstico precoces são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O tratamento de pessoas com diabetes mellitus na Atenção Básica deve seguir o que é preconizado pelas necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal da doença, o qual compreende apoio para mudança de estilo de vida, controle metabólico e prevenção de complicações crônicas.

O tratamento é estabelecido pelo tripé alimentação – atividade física – terapia medicamentosa, o qual considera cada ciclo da vida e faixa etária, pois cada uma delas tem necessidades específicas. Mesmo para os diferentes tipos de diabetes, que incluem o diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional, o sistema de saúde deve garantir toda a terapia necessária.

As orientações alimentares devem ser informadas tanto em consultas individualizadas como nos grupos, pois esta é uma metodologia em que se obtém resultados educacionais significativos; a terapia medicamentosa é extremamente diversificada, pois engloba desde hipoglicemiantes orais de diferentes espectros de ação até a insulina, que também tem também diversos tipos; e a atividade física, embora faça parte do tripé terapêutico e considerada essencial no tratamento do diabetes, não é realizada de maneira expressiva e nem é acessível a grande parte da população.

As complicações crônicas e agudas da patologia exigem intervenção direcionada. Muitos dos pacientes que têm a evolução silenciosa da doença não se preocupam em seguir à risca o tratamento, pois não apresentam complicações agudas, como hiper ou hipoglicemia. Entretanto, caso surjam complicações crônicas, certamente, terão caráter irreversível, como comprometimento renal, vascular e ocular.

Dados referentes a cuidados em pacientes diabéticos depressivos e com multimorbidades podem ser consultados em capítulos específicos. Além disso, o pé do paciente diabético merece atenção especial, pois o pé diabético é uma situação frequente, irreversível e evitável, desde que os cuidados pertinentes sejam tomados.

As recomendações nutricionais para pessoas com alterações no índice glicêmico ou com diabetes devem ser seguidas de forma a prevenir o avanço das complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Entre as orientações básicas, está a manutenção dos níveis glicêmicos o mais próximo possível ao normal, por meio de alimentação adequada, que inclui baixa ingestão de açúcares simples, como sacarose, e carboidratos refinados, como arroz, farinhas e macarrão. Inclui, também, baixa ingestão de gorduras de origem natural e preferência por gorduras vegetais, mono e poliinsaturadas.

A ingestão de fibras é importante, assim como a ingestão de água. Com relação aos micronutrientes, devem ser ingeridos de acordo com a necessidade individual e suplementados caso seja necessário. O consumo de proteína deve ser adequado à necessidade individual, priorizando proteínas magras, não acompanhadas de alto teor de gordura. Os alimentos industrializados devem ter o consumo limitado e restrito. Com relação aos adoçantes, o consumo pode ser uma opção para melhorar e diversificar o consumo de

alimentos com alto teor de açúcares. Em todo caso, o tipo e a quantidade de adoçantes a serem consumidos devem ser orientados por profissionais habilitados para tanto.

As orientações da linha de cuidado e todas as informações pertinentes podem ser consultadas no Caderno da Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013).

Sem medo de errar

Para continuar acompanhando a família de Joaquim, Patrícia se interessou em saber mais sobre a história dos seus avós, que vieram do Nordeste do Brasil para Mirasul em busca de melhores condições de trabalho. Além dos problemas identificados inicialmente, como a anemia em Joaquim e sua mãe, e o excesso de peso em seus irmãos, ela também observou problemas relacionados aos avós de Joaquim. O avô está desnutrido e tem diabetes tipo 2, e a avó apresenta hipertensão arterial e excesso de peso. Para auxiliar a família frente a essa nova situação, Patrícia precisou descobrir programas de saúde pública que se propõem a promover a saúde de usuários do SUS que apresentam excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial e diabetes.

Em primeiro lugar, Patrícia descobriu que o Ministério da Saúde possui uma série de publicações, denominada Cadernos de Atenção Básica, que trazem todas as informações necessárias para o estabelecimento de linhas de cuidado relacionadas a vários distúrbios nutricionais. O Caderno nº 38 trata das "Estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade" (BRASIL, 2014); o Caderno nº 37 trata das "Estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica" (BRASIL, 2013); e o Caderno nº 36 trata das "Estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus" (BRASIL, 2013).

O início de cada publicação apresenta o panorama epidemiológico da patologia no Brasil, com os números mais relevantes. Em seguida, são mostrados os critérios para diagnóstico e rastreamento de cada patologia. Mais adiante, são apresentados os cuidados para cada ciclo da vida e situações específicas.

No caso da obesidade, são mostrados os critérios de avaliação que devem ser utilizados para o diagnóstico e como deve ser feito o manejo da doença em cada ciclo da vida. Um capítulo completo é dedicado para as estratégias de abordagem aos pacientes com obesidade, assim como outro capítulo é dedicado a informações sobre a abordagem cognitivo-comportamental. Estratégias para promoção da saúde e educação nutricional, promoção da atividade física e tratamentos dietoterápico, medicamentoso e cirúrgico são temas dos outros capítulos. Uma breve, mas completa abordagem dos

distúrbios alimentares é feita em seguida, assim como uma abordagem de mitos e tabus alimentares.

No caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), logo no início, são mostrados os critérios para rastreamento e diagnóstico da doença na Atenção Básica. Em seguida, é apresentado como devem ser o tratamento e o acompanhamento das pessoas com HAS, assim como as recomendações nutricionais para a prevenção e o manejo da patologia.

Para o Diabetes mellitus (DM), após os critérios para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, são apresentadas as diretrizes para tratamento, a prevenção e o manejo das complicações agudas e crônicas e as recomendações nutricionais para pessoas com DM e glicemia alterada. A seguir, são feitas recomendações especiais para o tratamento do pé diabético, o incentivo à prática de atividade física e o manejo da saúde bucal.

Esses materiais, conforme apresentado, fornecem todas as instruções e informações necessárias para que os profissionais de saúde envolvidos com pacientes com doenças crônicas na Atenção Básica atuem de forma integral e resolutiva.

Avançando na prática

Como agir quando a RAS não oferece todo o atendimento necessário ao usuário?

Descrição da situação-problema

O avô de Joaquim, portador de diabetes mellitus, mora nas proximidades da unidade de saúde da Vila Feliz. Ele é aposentado, não costuma frequentar o local e não recebe visitas do agente comunitário de saúde, pois sempre tem afazeres fora de casa ao longo do dia. Em uma das poucas vezes que esteve na unidade de saúde, estava com muita dor no corpo, e foi feita uma medida rápida de sua glicemia, que se apresentou bastante alterada. Embora saiba do seu diagnóstico de diabético, o senhor Antônio acredita que seu estado de saúde é muito bom, pois não tem sintomas agudos de hipo ou hiperglicemia. Ademais, há cerca de dois anos, a unidade não conta com endocrinologista, e o senhor Antônio acredita que sem a consulta com o médico especialista não há o que a unidade de saúde possa fazer por ele em relação ao diabetes. Considerando essa situação e o estado de saúde do senhor Antônio, o que a unidade de saúde pode e deve fazer por ele?

Resolução da situação-problema

Os cuidados em saúde vão muito além de apenas fornecer consultas médicas, como pensa o senhor Joaquim. O acompanhamento de situações de patologia por outros profissionais também caracteriza uma estratégia importante de promoção de saúde e de prevenção de agravos e evolução de comorbidades no caso do diabetes. Dessa forma, a unidade de saúde e a equipe de saúde que atendem o senhor Joaquim devem se organizar no sentido de ter acesso a ele periodicamente, seja em sua residência, seja trazendo-o até a unidade, para que o acompanhamento dos níveis glicêmicos seja feito. Ele precisa ser informado sobre as diversas consequências do avanço da patologia, mesmo que de forma silenciosa, e da gravidade dos efeitos irreversíveis. A consulta de enfermagem deve ser realizada, e ele deve ser inserido em um programa de educação alimentar voltado para pacientes diabéticos. É importante também que a família seja envolvida no tratamento, pois esse fato melhora sensivelmente a adesão. Nesse caso, ressalta-se o fato de que a esposa do senhor Antônio também é diabética. Com relação à consulta de um especialista médico, a unidade pode encaminhá-lo para consultas periódicas com um endocrinologista em uma unidade de referência (unidade de atendimento especializado) sem perder o vínculo e sem ele deixar de ser atendido na sua unidade de referência.

Faça valer a pena

1. A transição nutricional e epidemiológica levou o Brasil a uma situação de ambiguidade na saúde pública: ao mesmo tempo que temos parte da população sofrendo com desnutrição energético-proteica, uma parcela significativa dos brasileiros apresenta excesso de peso e obesidade. Hoje, a obesidade atinge mais de 15% da população adulta do Brasil. Essa situação foi gerada, principalmente, pela mudança dos hábitos alimentares da população, sem que houvesse cuidado em ensinar às pessoas a se adequarem aos novos alimentos que estão disponíveis. De uma maneira geral, houve aumento da ingestão calórica, mas não houve melhora da qualidade nutricional da dieta alimentar. Os alimentos que antes eram consumidos, de baixo valor calórico, mas ricos em fibras, vitaminas e minerais, como as frutas e os vegetais, foram substituídos por alimentos de alta densidade calórica, mas muito pobres em micronutrientes e fibras, tais como cereais refinados, doces e guloseimas, alimentos fritos e produtos industrializados. Essa ambiguidade epidemiológica faz com que o olhar da saúde pública se volte para uma categoria de doenças anteriormente ligadas apenas às classes mais altas: as doenças crônicas não transmissíveis, as quais, além de terem suas afecções de fase aguda, geram piora significativa na qualidade de vida, que decai

a longo prazo. Essa é uma típica situação de insegurança alimentar na qual nosso país está inserido.

Com relação à insegurança alimentar, já citada como um dos grandes responsáveis pelos agravos de saúde pública e considerada uma característica do nosso país, assinale a alternativa correta:

a) O termo insegurança alimentar é completamente definido como a falta de higiene com a qual os alimentos são manipulados ou oferecidos para consumo da população.
b) Quando se fala em segurança alimentar, o foco principal é garantir o acesso aos alimentos em quantidade suficiente, com foco apenas nos macronutrientes, ou seja, na oferta de energia e proteínas.
c) O que melhor define o foco da segurança alimentar é garantir o acesso aos alimentos, independentemente das condições de saúde, moradia e lazer do indivíduo.
d) O acesso aos alimentos deve ser tanto em termos de qualidade como de quantidade e, se fosse garantido ao menos cinco vezes por semana, já tiraria o país dessa situação de insegurança alimentar.
e) Quando se tem segurança alimentar, o acesso aos alimentos não compromete o acesso a outras necessidades básicas do ser humano.

2. A hipertensão arterial sistêmica já é considerada um problema de saúde pública no Brasil, abrangendo mais de 20% de toda a população adulta, e essa situação se agrava na medida em que se toma por medida pessoas mais idosas. Não só o número de hipertensos aumenta com o avanço da idade, como também as morbidades associadas, piorando a qualidade de vida das pessoas acometidas pela patologia. Com o objetivo de conter o avanço e minimizar as consequências dessa e de outras doenças crônicas não transmissíveis na população, o Ministério da Saúde estabeleceu guias para a implementação de linhas de cuidado para elas, publicadas nos Cadernos de Atenção Básica. O objetivo não é somente orientar para a criação de uma linha de cuidado, mas estabelecer o atendimento de forma integral, humanizada e permanente a todos os usuários do sistema de saúde brasileiro. Ao estabelecer as linhas de cuidado, o sistema de saúde direciona o tratamento dos usuários, que devem manter seu vínculo com as suas unidades de saúde mesmo quando sua patologia exige cuidados em unidade de média e alta complexidade. O paciente e sua família devem entender que, mesmo em casos de hospitalização, a unidade básica de saúde e a equipe de saúde da família são os responsáveis pelos usuários que residem em sua área de cuidados.

Com relação aos cuidados com o paciente hipertenso, eles são definidos no Caderno de Atenção Básica nº 37, uma publicação do Ministério da Saúde. Sobre as informações que constam nesse material, assinale a alternativa correta:

a) A hipertensão arterial sistêmica apresenta altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, ainda assim, as DCV deixaram de ser as maiores causas de

mortalidade no Brasil desde 1997.

b) O consumo de sódio na dieta interfere de maneira expressiva no controle da PA, o que significa reduzir não só o consumo de sal quando se detecta o excesso mas também verificar o consumo de outras fontes de sódio, como os alimentos industrializados.

c) O diagnóstico da hipertensão arterial requer tecnologia sofisticada, o que justifica a baixa procura dos possíveis pacientes pelas unidades de saúde.

d) A automedição da PA (AMPA) é uma conduta questionável e não recomendada no controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos, pois pessoas leigas não têm capacidade técnica para fazer essa aferição de forma adequada.

e) Para o controle da pressão arterial por meio da alimentação, é necessário que se faça a exclusão do sal da dieta do paciente, pois o sódio, independentemente da quantidade, é maléfico ao organismo.

3. As doenças crônicas são um conjunto de patologias que têm condições crônicas, ou seja, não apenas doenças mas também condições do organismo que se perpetuam junto ao cotidiano do indivíduo. Normalmente, tem início gradual, com duração indefinida e longa. As causas e os fatores de risco são diversos e múltiplos e, em grande parte, associados a condições de vida e meio ambiente, como alimentação, atividade física, tabagismo ou etilismo. Seu curso pode gerar morbidades bastante impactantes na qualidade de vida, podendo até mesmo ter consequências limitantes da capacidade física. O tratamento, embora mude de acordo com a patologia, requer mudanças nos hábitos de vida, levando o paciente a conhecer e ter um estilo de vida mais saudável, com redução do tabagismo e etilismo, inclusão de prática de atividade física regular e adoção de uma alimentação mais saudável e equilibrada. Para tanto, podem ser necessárias várias estratégias de tratamento e atendimento ao paciente, pois a adesão ao processo de mudança do estilo de vida não é fácil e nem rápida. A atuação da equipe multiprofissional permite um maior alcance do tratamento, ao mesmo tempo que possibilita que várias frentes de adesão sejam ofertadas ao paciente, permitindo maior chance de sucesso no tratamento e na estabilização da condição de saúde com menor risco de avanço das morbidades.

No que diz respeito ao paciente com doença ou condição crônica atendido pelo SUS, existem linhas de cuidado para o acompanhamento de diversas condições, como o diabetes, a hipertensão e a obesidade. Com relação às linhas de cuidado regulamentadas para a Atenção Básica, assinale a alternativa correta:

a) A necessidade de organização de linhas de cuidado para as doenças crônicas se dá pelo fato de que, hoje, grande parte dessas doenças é considerada um problema de saúde pública no Brasil.

b) No ano de 2009, as mortes por doenças crônicas já superavam as mortes por doenças infecciosas, porém essa situação foi revertida recentemente, quando as doenças crônicas deixaram de ser a principal causa de morte no Brasil.

c) Entre os determinantes das doenças crônicas, temos forte impacto das condições econômicas e sociais. Isso fica claro quando se observa que o número de casos de obesidade é muito mais elevado em pessoas de classes econômicas mais altas, que têm acesso a um maior volume energético nas suas refeições.

d) O estabelecimento das linhas de cuidado prevê que sejam criados centros de referência para as doenças crônicas e que esses pacientes sejam tratados de forma exclusiva e em um ambiente separado dos demais frequentadores das unidades de saúde, em todos os momentos do seu atendimento de saúde.

e) Quando se acompanha o paciente com doença crônica, pode-se verificar que, mesmo que não mude seus hábitos de vida, o uso correto dos medicamentos garante que sua qualidade de vida seja estendida por longos anos.

Seção 2.2

A construção da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil

Diálogo aberto

Após conhecer mais dos programas de saúde pública no Brasil, você aprendeu que a Atenção Básica está bem instrumentalizada para criar linhas de cuidado para atender usuários com diversos tipos de distúrbios nutricionais, incluindo doenças crônicas não transmissíveis. Contrariando algumas informações obtidas em fontes não atualizadas, você também foi apresentado ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Agora, você precisa se munir de conhecimento para participar de discussões sobre esse assunto no Brasil, para isso, acompanhe a estagiária Patrícia.

Em um de seus dias de estágio na unidade de saúde, Patrícia viu um convite para participar de uma reunião que trataria sobre Segurança Alimentar e Nutricional na comunidade. Ela imaginava que a esse assunto se relacionava à vigilância sanitária, mas descobriu, por meio de muita leitura, que a falta de acesso aos alimentos, assim como a presença de distúrbios de saúde relacionados à falta ou ao excesso de nutrientes, são características de insegurança alimentar. Agora, para participar da reunião, ela precisa entender: como foram construídos o conceito e as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil? Como as comunidades, os municípios, estados e a União se organizam no sentido de discutir e agir contra a insegurança alimentar e nutricional?

Acompanhar Patrícia nesse processo de construção do conhecimento possibilitará a você obter informações relevantes e interessantes.

Não pode faltar

Os direitos do homem

A Organização das Nações Unidas (ONU) é um órgão internacional que tem como objetivo facilitar a cooperação em termos de direito e segurança internacional, direitos humanos, desenvolvimento econômico e progresso social. Ela foi criada em 1945 como uma iniciativa do presidente norte-americano Franklin Roosevelt, devido aos reflexos da Segunda Guerra Mundial, e conta com 192 países membros atualmente. O Brasil faz parte desse grupo desde 1947. A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa Alimentar

Mundial (PAM) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) também compõem a ONU.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela ONU em 1948, e traz em sua justificativa exatamente o desrespeito da humanidade pelos direitos dos próprios homens, exigindo que, além de leis para garanti-las, também existam formas de cobrança consolidadas e pactuadas. Vale lembrar que os direitos humanos foram conquistados por meio de lutas históricas, mas correspondem a valores que podem mudar com o tempo, pois estão em constante construção e evolução junto à humanidade e sua organização de sociedade e Estado.

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está previsto no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), o qual diz que toda pessoa tem direito a um nível de vida que lhe assegure a alimentação (UNICEF BRASIL, [s.d.]). Para que esse direito seja assegurado, é preciso que outros direitos essenciais sejam alcançados, tais como moradia, trabalho e saúde, além de que sejam adotadas políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição, acesso, consumo de alimentos seguros e de qualidade, promoção da saúde e da alimentação adequada.

Dentro do modelo conceitual do DHAA, temos que considerar vários aspectos inerentes à alimentação adequada, que são:

- Disponibilidade: pode ser medida de forma direta, a partir de produção local, caça e pesca, de alimentos comprados na rede local, ou obtidos por meio de doações ou provimento de cestas básicas.
- Adequação: consumo apropriado de acordo com a necessidade de cada grupo populacional ou ciclo da vida de alimentos livres de contaminação de qualquer tipo, inclusive agrotóxicos, corantes ou conservantes. Além disso, entram nesse atributo as características de sabor, cor, acessibilidade cultural e respeito a questões religiosas e étnicas.
- Acesso: pode ser financeiro – quando se dispõe de recursos necessários para a compra regular de alimentos durante todo o ano– e físico –para pessoas com problemas de mobilidade, dependentes, presos e grupos vulneráveis ou que vivem em áreas de difícil acesso.
- Estabilidade: os itens disponibilidade, acesso e adequação devem ser constantes e presentes durante todo o ano, de forma regular e permanente.

Exemplificando

Existem várias formas de se observar a inadequação dos alimentos, a qual configura insegurança alimentar:

Exemplo 1: comunidade indígena do Mato Grosso do Sul registra a mortede17 crianças por desnutrição. Motivo: suas terras são demasiadamente pequenas, o que não lhes permite produzir alimentos (agricultura). Por outro lado, a comunidade não tem recursos financeiros para adquirir alimentos e recebe cestas básicas. Estas, por sua vez, possuem leite em pó e farinha, que não fazem parte da cultura alimentar desse povo, portanto não contribuem para a melhora do estado nutricional.

Exemplo 2: uma escola pública recebe crianças portadoras de doença celíaca, porém a maioria dos alimentos oferecidos contém glúten, ficando a dieta das crianças restrita a poucos e mesmos alimentos. Em breve, elas estarão subnutridas.

É importante também ressaltar que algumas práticas existentes devem ser superadas, tais como o paternalismo, o assistencialismo, entre outras, que se caracterizam como discriminatórias ou autoritárias. Para tanto,é urgente a implantação de políticas e ações que garantam a implantação do DHAA de forma democrática, participativa e inclusiva.

De maneira resumida, o DHAA trata não só de respeito à dignidade humana, mas de apoderamento de direitos também. O respeito a esses direitos exige políticas articuladas entre diversos setores (intersetorialidade) e instâncias da sociedade, para que cada grupo social possa dar a sua contribuição e receba a sua parte. Essa seria uma política de segurança alimentar e nutricional, que será tratada logo após a tratativa conceitual de Segurança Alimentar e Nutricional e de soberania alimentar.

Dessa forma, nesse amplo conceito de alimentação adequada, chegamos ao que foi designado pela história como **Segurança Alimentar e Nutricional**.

Segurança Alimentar e Nutricional

Pode-se dizer, depois de algum tempo de utilização, que o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional está em constante construção. Isso porque engloba diversos aspectos, como o social, político e econômico, e está inserido em um mundo em constante evolução, assim como acontece com o DHAA. No Brasil, esse conceito vem sendo debatido há cerca de 20 anos. No final da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 1994, definiu-se:

> Segurança Alimentar e Nutricional é a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna. (LEÃO, 2013, p. 13)

Mais recentemente, outros aspectos importantes foram acrescidos a esse conceito, como a soberania alimentar, a qual define que o país somente é soberano quando pode garantir a segurança alimentar para seu povo, tendo direito de definir políticas para tal.

Após o acréscimo desses novos aspectos ao conceito, hoje, adota-se a seguinte definição:

> Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (LEÃO, 2013, p. 32)

Esse conceito foi definido na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2004, e consolidado no art. 3º da Lei nº 11.346, de 15 de dezembro de 2006 (Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN).

A Segurança Alimentar e Nutricional engloba duas dimensões distintas: Alimentação e Nutrição. A primeira se refere à produção e disponibilidade de alimentos, que devem ser suficientes para atender à população em termos de qualidade e quantidade. Essa produção deve ser estável, de forma a não ser afetada de maneira expressiva pela sazonalidade, e também autônoma, para que se alcance a autossuficiência nacional dos alimentos básicos. Além disso, deve ser garantido o direito universal às necessidades nutricionais adequadas, alcançado por meio da distribuição equitativa, e ser sustentável, para que a Segurança Alimentar e Nutricional de outras gerações seja garantida.

Na dimensão da Nutrição, são consideradas as relações entre o homem e o alimento, ponderando a disponibilidade de alimentos saudáveis e o preparo utilizando técnicas que preservem o valor nutricional e sanitário. É considerado o consumo alimentar adequado e saudável em cada fase e ciclo da vida, com suas particularidades e necessidades, além das condições para a promoção da saúde e higiene, com a garantia da utilização biológica

adequada dos alimentos consumidos. A promoção de cuidados com a saúde de cada um e de sua família, com acesso garantido aos serviços de saúde de forma adequada, também é importantes, além da prevenção e do controle dos determinantes que interferem na saúde e nutrição.

Após a contextualização e conceitualização de Segurança Alimentar e Nutricional, enxerga-se claramente sua interdependência e inter-relação com o conceito de DHAA, sem minimizar a **soberania alimentar**.

Assimile

Dentro do contexto de Segurança Alimentar e Nutricional, muito se fala da **soberania alimentar**. Esse conceito diz respeito à capacidade das nações em definir seu próprio sistema alimentar e produtivo, transformando-o em autossuficiente em relação à alimentação do seu povo. Deve incluir um sistema de comércio internacional que seja justo e priorize trocas comerciais de produtos específicos com relação à diversidade do planeta. A soberania alimentar ainda inclui dar prioridade à produção agrícola local de alimentos para a população, facilitando o acesso dos campesinos à terra, à água, às sementes e ao crédito rural, como também o direito dos países de e protegerem de importações agrícolas muito baratas, que desfavoreceriam a produção local e a participação dos povos na definição da política agrária.

É impossível tratar de qualquer um dos três conceitos – Direito Humano à Alimentação Adequada, Segurança Alimentar e Nutricional e Soberania Alimentar – de maneira isolada.

O Direito Humano à Alimentação Adequada será garantido por meio de uma adequada política de Segurança Alimentar e Nutricional, que atenderá, se respeitada em sua totalidade, à Soberania Alimentar. Parece redundante, mas ainda é uma realidade distante da nossa sociedade como um todo. Reforça-se, então, a obrigação do poder público de almejar um Estado ideal de Segurança Alimentar e Nutricional, atendendo aos princípios de direitos humanos, **como dignidade, igualdade, participação, não discriminação**, entre outros.

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA)

Com o avanço das ações e discussões em torno da Segurança Alimentar e Nutricional, surge a proposta de se constituir um Conselho Nacional. Suas

primeiras formulações emergem da elaboração do documento *Segurança alimentar: proposta de uma política contra a fome*, de 1985, do Ministério da Agricultura e Abastecimento, e também da realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1986. Em abril de 1993, o Decreto nº 807 cria o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), cuja missão seria articular as três instâncias do governo e a sociedade civil na revisão dos programas federais existentes e na elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria. Com pouco trabalho realizado, o Consea foi extinto em 1995, mas foi recriado em 2003, com o nome de Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição.

O Regimento Interno do Consea foi aprovado pela Portaria nº 960, de 2004. A Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), sancionada em 2006, cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e coloca o Consea como partícipe. A Losan é um marco para a Segurança Alimentar e Nutricional e obriga o Estado a "respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade" (BRASIL, 2006). No ano de 2007, o Consea é regulamentado pelo Decreto nº 6.272, revogando seu regimento interno anterior.

Como é parte integrante da estrutura básica da Presidência da República, o Consea conta com apoio técnico-administrativo e financeiro da Secretaria Geral da Presidência e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para execução dos seus trabalhos. A presidência do Consea é exercida por um representante da sociedade civil, e a Secretaria-Geral do Conselho é dirigida pelo Ministro de Estado de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A função do secretário-geral é prover as condições necessárias para o bom andamento do conselho, como também apoio técnico-logístico e administrativo.

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) foi instituída pelo Decreto nº 7.272, de 2010, que regulamenta a Losan. As iniciativas do processo de construção dessa política partem de proposições do Consea e das duas conferências nacionais (2004 e 2007), além da instalação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). A construção da PNSAN envolve a inclusão efetiva de princípios e diretrizes do DHAA nos programas já existentes e no planejamento de outros.

O objetivo geral da PNSAN é assegurar o DHAA a todos os habitantes do território brasileiro, com vistas a promover soberania e segurança alimentar e nutricional, segundo o conceito adotado de Segurança Alimentar e Nutricional. Os princípios norteadores da PNSAN são: universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada e saudável, preservação da autonomia e respeito à dignidade humana, intersetorialidade das políticas, programas e ações governamentais e não governamentais, descentralização e articulação das esferas de governo, participação social, transparência e responsabilização na implementação da política.

Com relação às diretrizes, foram definidas oito para a organização das ações e dos programas da PNSAN: (1) promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável; (2) promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados de base agroecológica, produção, extração, processamento e distribuição de alimentos; (3) instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do DHAA; (4) promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais (conforme Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007), povos indígenas e assentados da reforma agrária; (5) fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, articulando às demais políticas de segurança alimentar e nutricional; (6) promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente, com prioridade para as famílias em situação de insegurança hídrica e para a produção de alimentos da agricultura familiar, da pesca e da aquicultura; (7) apoiar iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do DHAA em âmbito internacional e as negociações internacionais baseadas nos princípios e diretrizes da Lei nº 11.346, de 2006; (8) monitorar a realização do DHAA.

Respeitando os princípios e as diretrizes da PNSAN, será possível atender corretamente aos pressupostos da Segurança Alimentar e Nutricional, do DHAA e da Soberania Alimentar, como já foi dito.

Reflita

Comida é água é o título de uma música que faz parte da cultura brasileira, cantada pelo grupo Titãs. No seu texto, a música diz que "a gente não quer só comida...". Você consegue fazer uma relação entre esse trecho da música e o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional e sua intersetorialidade e completude?

E, finalmente, deve-se pensar nesse contexto como uma forma de respeito do Estado pela sociedade e pelos cidadãos a ele sujeitados. É obrigação dele o cumprimento das políticas públicas, pois estas estão no cerne da ação pública social.

Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre os diversos assuntos tratados nesta seção, selecionamos mais alguns conteúdos para você estudar.

- Leia o artigo sobre soberania alimentar:

BERNSTEIN, Henry. Soberania alimentar: uma perspectiva cética. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 17, n.39, p. 276-336, maio/ago.2015.

- Conheça o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019.

BRASIL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019**. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 2017.

Sem medo de errar

A Segurança Alimentar e Nutricional,atualmente, é assim definida:

> "[...] consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006, [s.p.])

Sua definição e seu conceito foram alterados e atualizados ao longo dos anos, mostrando que é muito mais do que simplesmente a vigilância sanitária dos alimentos, ou a garantia da qualidade sanitária deles. Esse conceito começou a ser construído a partir do momento em que o Direito Humano à Alimentação Adequada passou a ser entendido como um direito de todo e qualquer cidadão e uma obrigação a ser garantida pelo Estado. Se por um lado, hoje, temos uma situação em que existe certa tolerabilidade com relação a diferentes raças e credos, em outros momentos, como na situação

da Primeira Guerra Mundial, as pessoas foram consideradas inferiores, sendo essa inferioridade uma desculpa para as mais infundadas atrocidades. Com o passar dos anos, algumas questões de ordem social foram superadas, porém outras surgiram, de outras ordens, como política e econômica. A questão da fome começou a emergir a partir do momento que outras patologias foram superadas. Houve momentos em que se questionou se a quantidade de alimentos seria suficiente para alimentar a todos, mas essa dúvida foi superada. Ficou evidente, de uma vez por todas, a questão da desigualdade na distribuição dos alimentos. Houve muitos momentos de discussão em comunidade, relacionando situações, nas quais ficou claro que a fome e a desnutrição, em todas as suas formas, somente serão superadas quando todos os outros direitos básicos do cidadão forem garantidos, exibindo ainda mais a necessidade de extensão do até então conceito de Segurança Alimentar.

A este conjunto foi acrescentando, recentemente, o conceito de Soberania Alimentar, que extrapola a questão nacional de acesso ao alimento e toma sua dimensão internacional, que envolve não só economia mas também política e toda a sua força. A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) foi um desdobramento natural das discussões políticas e sociais, pois a garantia dos direitos só será assegurada mediante leis que regulamentem todas as suas instâncias. Para que sociedade e Estado estejam integrados, a PNSAN regulamenta também os Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que garantem que essas instâncias se organizem em discussões, reuniões e conferências, de forma a identificar, apontar e escalonar as necessidades da população, agindo de maneira concreta no combate à insegurança alimentar. O CONSEA, que, nos dia de hoje, é o órgão de maior expressividade em Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil, orienta e coordena conselhos municipais e estaduais, de forma a continuar a construção da PNSAN, tão dinâmica quanto o próprio ato de se alimentar.

Avançando na prática

Como se valer das políticas de saúde para atender às reais necessidades da população

Descrição da situação-problema

A Unidade de Saúde da Vila Feliz, em Mirasul, aderiu a alguns dos programas de saúde pública do Ministério da Saúde, entre eles, o Hiperdia e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Entretanto, Patrícia observou uma grande quantidade de crianças atendidas no posto que

apresentam problemas de excesso de peso, inclusive, casos de obesidade, e constatou que não existe nenhum programa na unidade que atenda a esse público. Ela se propôs a resolver a seguinte questão: como a comunidade pode se organizar para propor aos gestores a inclusão de novos programas no escopo da unidade?

Resolução da situação-problema

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional se alia a outras políticas de saúde, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, no sentido de garantir a alimentação adequada e de qualidade para a população. Os problemas da comunidade são detectados e discutidos junto aos conselhos de saúde, com o objetivo de refletir e levantar as prioridades para o atendimento da população. No caso dessa unidade de saúde, seus componentes devem participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Segurança Alimentar, com o propósito de apontar os problemas e as prioridades da unidade, para que sejam colocados em pauta e discutidos em reuniões dos conselhos superiores, os quais, no caso, são os Conselhos Estaduais de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional e o Conselho Nacional de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

Faça valer a pena

1. A Declaração Internacional dos Direitos Humanos (DUDH) é um documento de cooperação internacional que surgiu como necessidade de resposta a injustiças cometidas com os seres humanos pelos seus próprios pares. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que consta na DUDH, é um componente da dignidade de todo ser humano, não podendo ser dissociado da sua figura e nem afastado de princípios, como justiça social, direito à saúde e à educação, entre outros. Sendo assim, aponta claramente para a necessidade de políticas e programas que envolvam outros setores além da alimentação e do abastecimento em si, como claro critério de intersetorialidade. A promoção do direito à alimentação adequada exige a realização de ações específicas em diferentes grupos. Dentre as ações que contribuem de forma direta ou indireta para a realização da alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional, podemos citar: a reforma agrária, o incentivo à agricultura familiar, o incentivo às práticas agroecológicas e sustentáveis, a vigilância sanitária de alimentos, o abastecimento de água tratada e saneamento básico, a alimentação escolar, o atendimento pré-natal, as políticas de transferência de renda, os programas de suplementação de micronutrientes (como ferro e vitamina A), o programa de suplementação de alimentos (por exemplo, farinha de trigo suplementada com ferro e ácido fólico), entre outros.

Com relação aos Direitos Humanos, mais especificamente ao Direito Humano à Alimentação Adequada, assinale a alternativa correta:

a) O Direito Humano à Alimentação Adequada é composto por duas dimensões: a do direito a estar livre da fome, que aponta para o combate à desnutrição, e a do direito à alimentação adequada, que pode ser traduzida como direito à vigilância sanitária dos alimentos.
b) Os principais conceitos abordados no DHAA são: disponibilidade de alimentos, adequação e acessibilidade, que podem variar conforme a sazonalidade, embora esse aspecto não altere significativamente os outros.
c) A dimensão da disponibilidade dos alimentos considera se estes fazem parte daquela cultura alimentar, sendo altamente recomendado que todos os grupos sociais e culturais promovam a miscigenação de suas culturas.
d) O acesso físico ininterrupto à alimentação adequada não faz parte do conceito Segurança Alimentar e Nutricional, pois é natural que, em algumas estações do ano, o abastecimento das distribuidoras de alimentos fique limitado a poucos itens.
e) O componente adequação dos alimentos, enquanto componente do DHAA, diz respeito à adequação dos alimentos às necessidades específicas tanto das faixas etárias como dos ciclos da vida da população.

2. A elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) emana da necessidade de articulação de ações e programas, cujo objetivo é a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Do início do século passado até os dias de hoje, vários avanços foram obtidos no enfrentamento da pobreza e da desigualdade social no país, gerando um maior acesso aos alimentos pelas camadas mais baixas e de menor renda da população. Esses avanços foram conseguidos por meio de ações de expansão do emprego formal, recuperação do poder de compra do salário mínimo e ampliação e cumprimento de outros benefícios sociais, como seguro desemprego e programas de transferência de renda, como o Bolsa Família. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e outros programas diretamente relacionados aos alimentos e à articulação de sistemas alimentares, como o banco de alimentos e os restaurantes populares, também foram formas de qualificar o acesso à alimentação adequada por grande parte da população. No sentido de construção da PNSAN, somos orientados pela necessidade de consolidação de muitos desses e outros avanços conseguidos, assim como pela necessidade de novas ações em áreas de grande significância, como a saúde, a sociobiodiversidade e ações específicas destinadas a grupos vulneráveis e grupos com características especiais, como os povos indígenas.

Considerando as necessidades citadas no texto-base e os princípios norteadores da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), assinale a alternativa correta:

a) São considerados princípios norteadores da PNSAN, assim como do SUS, a universalidade e igualdade no acesso à alimentação adequada e saudável.
b) A preservação da autonomia e o respeito à dignidade humana devem fazer parte das ações da centralização de tomada de decisões por parte do governo federal.
c) A participação social é priorizada no acompanhamento e monitoramento da política, sendo que a formulação e execução das atividades cabe somente às instâncias gestoras de ordem pública.
d) A colaboração entre as esferas de governo, considerando a diversidade e especificidade socioterritorial, permite a articulação delas, porém não atende à necessidade de intersetorialidade das políticas, dos programas e das ações governamentais e não governamentais.
e) A transparência nas ações e na implementação da política permite a responsabilização dos atores centrais e cobrança por parte da sociedade civil e do próprio governo.

3. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) começou a ser organizado a partir de dois acontecimentos importantes na área de saúde pública do século XX: a elaboração do documento intitulado Segurança alimentar: proposta de uma política contra a fome, pela Secretaria de Planejamento do Ministério da Agricultura e Abastecimento, em 1985, e pelo conjunto de proposições que desdobraram da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição. Em princípio, foi indicada a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) e, em 1993, este recebe o nome de Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), por meio do Decreto nº 807, para ser um órgão de aconselhamento da Presidência da República. Seu principal objetivo era articular as três instâncias de governo, sendo elas a federal, a estadual e a municipal. No ano de 2006, com a publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea recebe mais uma regulamentação, sendo que, em 2007, o Decreto nº 6.272, de 2007, dispõe sobre suas competências, composição e funcionamento. Compete ainda ao Consea exercer o controle social e atuar na formulação, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Com relação à formação, à estruturação e às atribuições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), assinale a alternativa correta:
a) As atividades dos conselheiros são remuneradas e, para exercer essa função, é necessário que o candidato seja aprovado em concurso público.
b) Uma das principais funções do Consea, hoje, é convocar e organizar a Conferência Nacional de Saúde, com periodicidade de quatro anos, para implementar ações inerentes à Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
c) O Consea também tem como atribuição articular a adesão dos entes federados (estados, Distrito Federal e municípios) e estimular a criação e o aperfeiçoa-

mento dos mecanismos de participação e controle social nas ações integrantes da PNSAN.

d) Outra atribuição importante do Consea é manter a articulação permanente com outros conselhos nacionais relativos às ações associadas à Segurança Alimentar e Nutricional, garantindo que as instituições estrangeiras fiquem fora desse sistema.

e) A Presidência do Consea é exercida pelo Ministro de Estado de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, enquanto a SecretariaGeral do Conselho é dirigida por outro ministro indicado pelo Presidente da República.

Seção 2.3

Sistema de vigilância alimentar e nutricional

Diálogo aberto

Em nosso percurso até o momento, você já verificou alguns dos passos tomados em direção à construção de um sistema legal que propicie adequadas condições de saúde para todos os brasileiros. Acompanhou, também, a explicação de como a alimentação, mais especificamente, a alimentação de qualidade, passou a fazer parte da agenda governamental em âmbito nacional. Agora, a estagiária Patrícia precisa de algumas informações mais pontuais, como o funcionamento dos Conselhos de Segurança Alimentar e das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbitos regional e municipal, pois está muito interessada em exercer o controle social dessas instâncias. Conhecendo isso, ela nos ajudará a entender como essas instâncias ajudam no funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Antes disso, responda: o que é o SISVAN e quais são suas principais características? A realização das conferências e a existência dos conselhos contribuem para a melhoria desse sistema?

Não pode faltar

Os Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) é um órgão de assessoramento imediato da Presidência da República, assim, tem seus representantes do governo e da sociedade civil. Como todo órgão com representação tripartite, seu trabalho resulta de informações coletadas nos âmbitos estaduais e municipais de trabalho.

Em âmbito estadual, cada estado designa um representante, que será o presidente do CONSEA estadual e fará parte da Comissão de Presidentes de Conselhos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional (CPCE). Essa comissão se reúne previamente à reunião do CONSEA nacional e é responsável pela articulação entre os órgãos nacional e estaduais. Cada CONSEA estadual possui um regimento interno, o qual deve ser de conhecimento de todos os seus membros, estando descritas nele as regras para seu funcionamento, finalidade e organização.

Com relação aos Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA), são órgãos colegiados, permanentes, que têm

caráter tanto consultivo quanto propositivo, sendo um espaço de articulação entre o governo municipal e a sociedade civil. Seu objetivo também é formular diretrizes para as políticas e ações na área de segurança alimentar e nutricional, sendo que suas ações são marcadas pelo respeito à democracia participativa, ao direito humano à alimentação adequada, à intersetorialidade e ao respeito à diversidade de identidades coletivas. O presidente do COMSEA é sempre um representante da sociedade civil, que deve compor 2/3 da Mesa Diretiva; 1/3 da Mesa Diretiva é composta por representantes do governo. São elencadas como atribuições e competências do COMSEA:

1. Garantir que as diretrizes da política municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) sejam implementadas pelo governo.
2. Formular, implementar e monitorar o Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.
3. Propor, formular e acompanhar os projetos e as ações prioritárias da Política Municipal de SAN a serem incluídos.
4. Aprovar a lei de diretrizes orçamentárias e o orçamento do município no tocante à SAN.
5. Articular e mobilizar a sociedade civil para SAN e suas prioridades.
6. Realizar pesquisas e estudos que fundamentem as propostas ligadas à SAN.
7. Organizar e realizar as Conferências Municipais de SAN.
8. Exercer controle social sobre programas e ações na área de SAN.
9. Realizar ações voltadas para o combate das causas da fome e da miséria no âmbito do município.

Embora com forte estrutura teórica, os conselhos municipais ainda enfrentam muitos desafios. Entre eles, podemos citar a falta de sensibilização dos gestores com relação à implementação da Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional e à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Ultrapassada essa barreira, há que se garantir o funcionamento da Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e a intersetorialidade do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, que seja de fácil entendimento pela população e também divulgada para todos. Além disso, são necessárias ações de fortalecimento para os povos e as comunidades tradicionais legais e promover a interlocução entre as instâncias do SISAN e demais espaços de participação social.

As Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional

Com o propósito de se discutir, relacionar e estabelecer ações de SAN, cinco grandes conferências já foram realizadas no Brasil até o ano de 2018. A I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) foi realizada em Brasília, entre os dias 27 e 30 de julho de 1994. Neste evento, cerca de 2.000 pessoas, entre delegados, convidados e observadores, se reuniram para apresentar a "Declaração em Defesa de uma Política Nacional de Segurança Alimentar". Nesse documento, reitera-se a apresentação do Mapa da Fome no Brasil, classificando a situação social, política e econômica do país como perversa. Mostra-se a indignação com esse quadro e algumas das atitudes tomadas com o propósito de ir contra essa situação, em especial, o movimento de Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, que resultou na criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). O documento apresenta várias ações encabeçadas pelo CONSEA, tais como ampliação de recursos orçamentários para programas já existentes, como a Merenda Escolar, e também a articulação com vários projetos sociais, como a Ação da Cidadania, mas enfatiza o fato de não se ter concretizado a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. O relatório apresenta ainda a preocupação do CONSEA com o Plano Real e suas consequências, como o aumento de preços dos gêneros alimentícios, arrocho de salários, aumento do desemprego e desvio dos recursos da saúde para outros fins, como o Fundo Social de Emergência.

Segundo o relatório, o desenvolvimento nacional deve ter como eixo a Segurança Alimentar, pois o alcance dela implica o alcance dos demais objetivos econômicos e sociais almejados por esse Conselho. A necessidade de uma gestão democrática e participativa, que exige que a sociedade civil se mobilize, também é afirmada no documento. Finalmente, é apresentada uma proposta para a construção da Política de Segurança Alimentar, com os projetos emergencial e estrutural, ações de cidadania e democracia, definição dos papéis e responsabilização do governo e da sociedade civil e algumas propostas, as quais envolvem: questão agrária e desenvolvimento rural, políticas agrícolas e de abastecimento, desenvolvimento urbano, assistência social, saúde, educação, geração de emprego e renda, alimentação e nutrição.

A II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, cujo tema era "A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional", foi realizada em Olinda (PE), entre os dias 17 e 20 de março de 2004. Realizada 10 anos após a I CNSAN, é considerada um marco na mobilização nacional pela erradicação da fome e promoção da SAN. Anteriormente a ela, foram realizadas as conferências municipais e estaduais, cujos relatórios direcionaram as discussões da conferência nacional,

reafirmando os princípios de: colocar a SAN como objetivo estratégico e permanente associado à soberania alimentar, sob a ótica da promoção do DHAA; assegurar o acesso universal e permanente a alimentos de qualidade, com foco na geração de trabalho e renda e com base em ações educativas; planos com articulação intersetorial, na busca da transversalidade das ações e participação social; reconhecer a diversidade; valorizar as culturas alimentares; promover o uso sustentável dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente na valorização da agricultura familiar baseada na agroecologia; reconhecer a água como alimento essencial e patrimônio público. Esses princípios são os ordenadores da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e são as referências das propostas emanadas da II CNSAN. Essa conferência homenageou dois grandes nomes brasileiros: Josué de Castro e Herbert de Souza.

Reflita

Josué de Castro foi um grande estudioso da fome no Brasil. Nasceu em setembro de 1908, em Recife (PE), filho de proprietário de terras. Tinha formação em Medicina, além de ser pesquisador e professor, estudou a fundo os problemas relacionados à fome e à miséria no Brasil, tendo realizado diversas conferências na área. Lecionou no Brasil e na França. Seu livro, *Geografia da Fome*, foi o grande ponto de partida na luta contra a insegurança alimentar no país.

Herbert de Souza, o Betinho, foi sociólogo e ativista dos direitos humanos no Brasil. Nascido em Minas Gerais, em 1935, criou e se dedicou com afinco ao projeto Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, colocando em destaque novamente a temática da insegurança alimentar no Brasil. Ergueu a bandeira da transformação social, com grande impacto nos anos 1990 e 2000, mesmo após sua morte, voltando os olhos para o sentido da união e da congregação.

Entre as propostas prioritárias aprovadas, citam-se as questões institucionais relacionadas ao DHAA, como institucionalidade, participação social, monitoramento, avaliação e indicadores, soberania alimentar e relações internacionais. Nos aspectos relacionados à produção, citam-se reforma agrária, agricultura familiar, agricultura urbana e agroextrativismo; recursos genéticos, transgênicos, sementes, acesso e uso dos recursos naturais e da água. Nos aspectos relacionados ao acesso, citam-se abastecimento, geração de emprego e renda e economia solidária, programas de transferência de renda, mutirão, doação de alimentos e ações em situações emergenciais. Com relação às ações de saúde e nutrição, citam-se ações de promoção de modos

de vida e alimentação saudável e de vigilância; alimentação e educação nutricional nas escolas e creches; cultura alimentar. Além das questões apresentadas, foram assinadas e aprovadas algumas moções: pela defesa dos Comitês Gestores; pela imediata aprovação e liberação de recursos para a realização do censo agropecuário e a contagem de população em 2005/2006; pela inclusão do módulo de pesquisa de insegurança alimentar e nutricional na pesquisa nacional por amostra de domicílios – 2004 (PNAD); pela implementação de pesquisas populacionais que incluam a zona rural da Região Norte; pelo apoio; pela erradicação da praga da cochonilha para o sertão do estado de Pernambuco; pelo apoio ao projeto de Lei de Biossegurança apresentado pelo governo do então Presidente da República Lula e aprovado pela Câmara dos Deputados; pelo aumento da renda per capita e acesso ao benefício de prestação continuada; pela inclusão de um Código de Ética para ser usado nas definições da Política Nacional de SAN; pela inclusão na amamentação como prioridade de SAN; pela fluoretação do sal; pelo apoio à Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde.

A evolução da economia, política e saúde dita as regras, e na linha da evolução é realizada, entre 3 e 6 de julho de 2007, em Fortaleza, a III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com o tema "Por um desenvolvimento sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional". A conferência contou com a participação de cerca de 1.800 pessoas, e buscou traçar a agenda de Segurança Alimentar e Nutricional a ser seguida pelo governo, traduzindo a vontade da maioria presente na conferência, que se reuniu em prol da conquista da SAN no Brasil. Seu objetivo geral era propor a construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Os objetivos específicos eram propor diretrizes para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional; propor diretrizes, eixos e prioridades da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; orientações ao Estado brasileiro para a promoção da Soberania Alimentar e realização do DHAA. Os eixos temáticos definidos foram: (1) SAN nas estratégias de desenvolvimento; (2) Política Nacional de SAN; e (3) SISAN. Eles foram permeados pelos princípios de diversidade, equidade, sustentabilidade, soberania alimentar, DHAA, participação e controle social, intersetorialidade e descentralização. No relatório final, admitem-se avanços no tema SAN, a começar pela incorporação da política de SAN e DHAA na agenda pública do Brasil e consolidação e recriação dos CONSEAs a partir de 2003. Indicadores mostram redução na pobreza e nos índices de fome e desnutrição, melhor acesso à alimentação e a importância das políticas sociais de transferência de renda e proteção social. Não menos importantes são a ampliação e reorientação do Programa Nacional de Alimentação Escolar e retomada da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

O enfoque em SAN contribui para uma pequena, mas presente intersetorialidade nos programas. O relatório encerra definindo as seguintes prioridades: coordenar as políticas econômicas e sociais com a finalidade de subordinar o crescimento econômico a prioridades sociais e sustentabilidade ambiental; fortalecer o Estado em sua capacidade de regulação, distribuir riqueza e prover direitos, preservar o ambiente e promover a integração soberana entre os povos; aprofundar a integração dos programas e das ações de segurança alimentar e nutricional, rompendo a fragmentação setorial e incorporando as dinâmicas de desenvolvimento territorial; incorporar os princípios e mecanismos de exigibilidade do DHAA como forma de expurgar práticas clientelistas e assistencialistas e promover a cultura de direitos; implementar políticas de segurança alimentar e nutricional e de garantia do direito humano à alimentação adequada dos segmentos mais vulneráveis, reconhecendo as exigências da diversidade de gênero, geracional, étnica, racial e cultural e das pessoas com deficiência; prosseguir com a promoção do direito à renda dos grupos sociais mais vulneráveis e pessoas com deficiência, fortalecendo a articulação entre programas de transferência de renda e a geração de oportunidades para os beneficiários; realizar reforma agrária ampla, imediata e irrestrita e a promoção da agricultura familiar enquanto política pública estratégica ao desenvolvimento, incluindo a demarcação e titulação de terras indígenas e quilombolas; intensificar o apoio à agricultura familiar e agroextrativismo com incorporação da agroecologia nas políticas de desenvolvimento rural, bem como revisar a Lei de Biossegurança, especialmente, suspender a liberalização de produtos transgênicos; estruturar uma política nacional de abastecimento que priorize a participação da agricultura familiar e o agroextrativismo; definir uma política energética sustentável que não comprometa a segurança alimentar e nutricional, ofereça oportunidades à agricultura familiar e fortaleça sua capacidade de produzir alimentos diversificados; regular e limitar o avanço das monoculturas; promover a saúde e a alimentação adequada e saudável por meio da PNAN de forma integrada ao SISAN, fortalecendo os instrumentos de controle social, a vigilância nutricional, a fiscalização de alimentos e o monitoramento da propaganda e rotulagem; instituir processos participativos de educação em segurança alimentar e nutricional, com base nos princípios da Losan; gerar emprego e trabalho dignos, promovendo formas econômicas comunitárias, a cooperação, a economia e o comércio solidários; assegurar acesso universal à água de qualidade como direito humano básico de toda a população, além de sua preservação e ampliação dos processos de captação de água das chuvas para consumo humano, produção no semiárido; promover um processo participativo de revitalização da Bacia do Rio São Francisco e suspender de imediato sua transposição.

Uma nova conferência, a IV CNSAN, foi convocada somente em 2010, sendo realizada entre 7 e 11 de novembro de 2011, em Salvador (BA), após a realização das agendas municipais e estaduais. Com a participação de quase 2 mil pessoas, seu tema foi "Alimentação Adequada e Saudável: direito de todos", e seu objetivo geral foi a construção de compromissos para efetivar o DHAA e promover a soberania alimentar, por meio da implementação da Política e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas esferas do governo e com a participação da sociedade. Apresentaram-se os seguintes objetivos específicos: a análise dos avanços em direção ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e à soberania alimentar, assim como os entraves; as recomendações relacionadas ao Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e ao processo de implementação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional; a sensibilização, a mobilização e o compromisso dos atores na adesão ao SISAN e construção de um pacto de gestão pelo DHAA. Em seu relatório final, constam que foram aprovadas proposições de macrodesafios em três eixos: (1) avanços, ameaças e perspectivas para a realização do DHAA e da soberania alimentar; (2) Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; (3) Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Considerando que alguns dos objetivos e propostas se repetem com o passar das conferências, algumas **moções** (ver quadro Assimile) foram registradas nessa IV CNSAN: repúdio a acontecimentos que lentificam ou impedem a realização plena do Programa Nacional de Alimentação Escolar; repúdio à terceirização da alimentação escolar; repúdio à alimentação escolar servida no estado de Roraima; defesa por uma alimentação adequada e saudável nas escolas e pelo fechamento das cantinas escolares (lanches particulares dentro das escolas); apoio à doação e utilização de veículos governamentais para a distribuição de alimentos; pelo uso de sementes crioulas e contra a tecnologia de restrição de uso (terminator); contra a utilização de agrotóxicos e em defesa da vida; apelo à Embrapa para a estruturação de um setor específico e orçamento para atuar junto aos povos indígenas e quilombolas; repúdio à liberação do feijão transgênico pela Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNbio); apoio ao Plano Nacional de Reforma Agrária; apoio às agriculturas familiares; pela revisão dos critérios de enquadramento de agricultores familiares no Brasil; apoio aos produtores artesanais de queijo; defesa da Amazônia; não aos agrotóxicos, e sim a um modelo de desenvolvimento com justiça ambiental; apoio aos agricultores familiares da região da Amazônia; pela regulamentação da publicidade de alimentos no Brasil; apoio à proposição e implementação de políticas públicas específicas que garantam às pessoas com necessidades alimentares especiais o acesso ao direito humano à alimentação adequada e saudável; apoio para a inclusão

de estratégias para a alimentação vegetariana em redes escolares públicas e privadas; repúdio ao Decreto nº 7.592, de 28 de outubro de 2011 (veja no quadro Saiba mais); contra o enquadramento de associações da sociedade civil junto às demais empresas pela Receita Federal; apoio à participação da população de rua, catadores de recicláveis e reassentados urbanos ou rurais; apelo para participação do presidente do CONSEA no Comitê de Política Monetária; apoio à aprovação do Projeto de Lei nº 4.715/1995, que transformará o Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana em Conselho Nacional dos Direitos Humanos; apelo e apoio à implementação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social e do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social.

Assimile

Você sabe o que são **moções**?

São propostas apresentadas em assembleias e submetidas à avaliação e votação. Elas podem ser de apoio, repúdio, rejeição, entre outras.

Findos os trabalhos da IV CNSAN, começou-se a pensar e trabalhar em prol da V CNSAN, cujo tema foi "Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar". Ela foi realizada entre os dias 3 e 6 de novembro de 2015, em Brasília (DF), e contou com cerca de 2.100 participantes. Seu objetivo geral foi ampliar e fortalecer os compromissos políticos para a promoção da soberania alimentar, garantindo a todos o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), assegurando a participação social e a gestão intersetorial no Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, na Política e no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Seus objetivos específicos foram: identificar os avanços e obstáculos para a efetivação do DHAA e apresentar proposições para garantir a todos comida de verdade no campo e na cidade; avaliar, segundo a perspectiva do desenvolvimento socioambiental sustentável, os desafios atuais da Política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, para avançar na realização do DHAA e na promoção da soberania alimentar em âmbitos nacional e internacional; avançar no comprometimento dos três poderes da República e nas esferas municipal, estadual, distrital e nacional, e ampliar a participação e o compromisso da sociedade brasileira no processo de construção do SISAN, reafirmando o pacto social em torno do DHAA e da Soberania Alimentar. Foram considerados três eixos temáticos: (1) Comida de Verdade: avanços e obstáculos para a conquista da alimentação adequada e saudável e da soberania alimentar; (2) Dinâmicas em curso, escolhas estratégicas e alcances da política pública no campo da soberania

e segurança alimentar e nutricional; (3) Fortalecimento do SISAN. Como moções, podemos apresentar a seguinte relação:

- **Moções de apoio**: algumas específicas por localidade, outras gerais, tais como a criação, consolidação e certificação de áreas contínuas livres de agrotóxicos no país; apoio à área livre de transgênicos e de agrotóxicos nas áreas de proteção ambiental em todo território brasileiro; ao fortalecimento da agricultura urbana e periurbana; ao Programa Bolsa Família; à realização de convenção global sobre alimentação saudável; às energias limpas; à transformação; ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) em política de Estado do governo; ao PAA e solicitação de recursos financeiros; à incorporação da pesca artesanal e da aquicultura familiar pelo MDA; acesso dos povos ciganos às políticas de segurança alimentar e nutricional, para produção de dados socioeconômicos das populações negras e dos povos e comunidades tradicionais para a política de soberania e segurança alimentar e nutricional; apoio à segurança alimentar e nutricional para a população em situação de rua; à criação de uma política alimentar saudável direcionada às pessoas idosas carentes com doenças incapacitante; à Anvisa, pela adoção de medidas regulatórias para o controle da obesidade e outras doenças crônicas; à inclusão da perspectiva do DHAA e saudável nos programas de atenção básica à saúde; ao cofinanciamento e à criação do Fundo de Segurança Alimentar e Nutricional; à inclusão do direito à terra e ao território no art. 6º e do limite da propriedade da terra no art.186 da Constituição Federal.

- **Moções de repúdio**: ao não lançamento do Pronara (ver quadro Saiba mais) na 5ª CNSAN; ao PL nº 3.200/15, que revoga a lei atual dos agrotóxicos (Lei nº 7.802/89); à falta de debate público sobre o tema da biofortificação; à poluição dos rios e dos lençóis freáticos pelo esgoto e lixo urbano; ao gás por fracionamento hidráulico (*Fracking*); às empresas que fabricam e comercializam alimentos infantis que infringem a NBCAL; contra empresas que realizam ações publicitárias direcionadas às crianças; à propaganda de estímulo ao consumo de álcool; à extinção do Instituto Nacional do Semiárido; à falta de apoio do poder público estadual e municipal à participação na 5ª CNSAN; à PEC nº 215/00.

- **Moções de recomendação**: à produção e manutenção do alimento água – gestão dos recursos hídricos e saneamento ambiental e campanhas educativas; à imediata formação e implementação do Colegiado Setorial de Cultura Alimentar no Conselho Nacional de

Política Cultural; à realização de estudos e inquéritos de SAN periódicos; à implantação de restaurantes populares nos municípios com até 80 mil habitantes e cozinhas comunitárias nos municípios enquadrados pelo território.

- **Moções de reivindicação**: à continuidade da ação de distribuição de alimentos, para garantir a execução do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e do Programa Nacional de Alimentação Escolar para quilombolas e indígenas.
- **Moções de defesa**: à cultura alimentar.
- **Moções de elogio e aplausos**: elogio e aplausos à Cruz Vermelha Brasileira e aos voluntários; aplauso à regulamentação da Lei nº 11.265/06 (NBCAL).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O encerramento da V CNSAN nos mostra que os avanços na área de SAN são lentos, mas que a luta não pode parar. E para que os dados continuem a ser constantemente avaliados, é preciso um sistema consolidado de registro de dados, o qual, a partir de coletas sistematizadas, trará as informações necessárias sobre o perfil de SAN no Brasil. Esse sistema é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que foi preconizado pela Organização Mundial de Saúde na década de 1970 e, no final desta década, começou a ser implantado no Brasil. O sistema conta com áreas temáticas, cujo objetivo é a disponibilização de informações para o planejamento de ações para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais da população. O SISVAN tem como missão produzir indicadores capazes de sinalizar eventos de grande interesse, tais como: disponibilidade de alimentos; aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida; práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame; distribuição do peso ao nascer; prevalência da desnutrição energético-proteica, de anemias, do sobrepeso, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não-transmissíveis.

A atuação do SISVAN compreende a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes. No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o SISVAN deve se concentrar na atenção à gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial, na atenção básica de saúde, inclusive, considerando o compromisso de sua universalização.

Exemplificando

O SISVAN fornece dados relacionados ao estado nutricional da população. Por meio de um formulário denominado *Consumo Alimentar*, os agentes comunitários de saúde coletam dados sobre peso, estatura e o consumo alimentar propriamente dito. O formulário é dividido em partes, de acordo com cada ciclo da vida – criança, gestante, adulto ou idoso. Depois de preenchido, os dados são inseridos no sistema de gestão do SUS, denominado e-SUS, pelo próprio agente que coletou ou por outra pessoa responsável, e ficam disponíveis para consulta.

O SISVAN também é responsável pelo mapeamento das endemias carenciais, de modo a evidenciar a sua distribuição espacial e a indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-proteica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo. No caso do acompanhamento da situação das doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e aos estilos de vida considerados inadequados, o trabalho deve ser compatibilizado com os sistemas em funcionamento, em termos da coleta, da geração, do fluxo, do processamento e da análise dos dados, dos quais são exemplos: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB), sendo a estratégia para tal interface a cargo do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI).

Além disso, são enfatizadas a coleta e a análise de dados macroeconômicos e sociais indicativos da situação alimentar e, por conseguinte, de riscos difusos ou localizados de insegurança. Eventos mobilizadores de grandes contingentes de população, como os dias nacionais de vacinação, são aproveitados, em âmbito local, como oportunidades para a realização de coleta de informações sobre alimentação e nutrição. Com essa conformação, o SISVAN é, por excelência, o suporte para o desenho e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do país, produzindo, assim, o desejado feedback entre informação, ação e avaliação de resultados.

Saiba mais

Para entender algumas particularidades dos assuntos discutidos nas Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional, leia:

BRASIL. **Decreto nº 7.592, de 28 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a remissão, rebate para liquidação e desconto adicional para liquidação

de dívidas rurais de que tratam os arts. 69 a 72 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010.

BRASIL. **PEC nº 215, de 28 de março de 2000**. Inclui dentre as competências exclusivas do Congresso Nacional a aprovação de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas.

Sem medo de errar

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um grande sistema de coleta, processamento e divulgação de informações na área de alimentação e nutrição. Seu maior objetivo é reunir e relatar dados que permitam a construção de indicadores para as várias situações que envolvem a alimentação e nutrição no país, como a desnutrição e as doenças crônicas, com um enfoque mais acentuado nas carências específicas. Esses indicadores permitem mapear os distúrbios e verificar a sua magnitude, assim como identificar os processos relacionados à amamentação, à disponibilidade de alimentos, à introdução de alimentação complementar, ao consumo alimentar de forma qualitativa e quantitativa, entre outros. A alimentação do sistema, isto é, o registro dos dados, é feita de forma a utilizar a rede de atenção à saúde revertendo as informações coletadas em dados epidemiológicos. Dessa forma, são aproveitados programas de registro de informações já existentes, entre os quais, podemos citar: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB). No que diz respeito aos aspectos não diretamente ligados ao consumo alimentar, mas de outros determinantes de acesso, como dados sociais e econômicos, esses dados informam sobre a situação alimentar e identificam riscos de insegurança alimentar. Algumas vezes, o registro dos dados pela demanda espontânea parece insuficiente, e é indicado que se aproveitem momentos de mobilização popular e campanhas para coletar mais dados, por exemplo, os dias de campanha de vacinação. A partir do momento que a coleta e o registro dos dados são feitos de maneira regular, é possível que sejam emitidos os relatórios populacionais. Para tanto, basta que os profissionais sejam cadastrados para acesso ao sistema. O acesso a essas informações é de extrema importância, pois revela onde estão as maiores deficiências e potencialidades do serviço de saúde vigente. Por meio dessas informações, os serviços se planejam e também se avaliam. O SISVAN é necessário para o direcionamento do planejamento em saúde de maneira muito clara, mas podemos também visualizar uma dependência do

próprio SISVAN das conferências e organizações que são feitas em torno dos dados relatados. As conferências, sejam elas em âmbito municipal, estadual ou federal, dirão se os dados extraídos do sistema são válidos, ou seja, se os dados populacionais têm a capacidade de direcionar os trabalhos de maneira real ou serem apenas como um registro utópico do que seja a situação epidemiológica do país.

Avançando na prática

Às voltas com a desnutrição e as carências nutricionais

Descrição da situação-problema

Patrícia, após estudar mais sobre o SISVAN, verificou que alguns dos problemas carenciais identificados por Josué de Castro ainda existem no Brasil. Ela se perguntou porque isso acontecia, pois nenhuma atitude havia sido efetiva desde então. Para responder a essa pergunta, seria necessário buscar em bancos de dados anteriores e outras fontes, e foi isso que ela fez.

Resolução da situação-problema

Para responder ao seu próprio questionamento, Patrícia mergulhou fundo na história da saúde pública no Brasil, desde a época de Josué de Castro, se detendo aos registros epidemiológicos e às ações em saúde. Ela pôde entender que, embora ainda existam doenças carenciais no Brasil, inclusive a desnutrição, sua intensidade e incidência já diminuíram muito, em virtude da própria evolução do sistema de saúde no país, da diminuição das doenças infectocontagiosas e da melhoria do poder aquisitivo da população. Mas elas ainda existem por um motivo, que é ao mesmo tempo simples e complexo: a desigualdade econômica e social. Enquanto houver desigualdade social associada à pobreza, haverá esse aspecto da insegurança alimentar e nutricional.

Faça valer a pena

1. O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, desde o momento em que começou a ser discutido, por volta dos anos 1950 e 1960, já mudou diversas vezes. Hoje, segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição,

> Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essências, e tendo como bases práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável. (LEÃO, 2013, p. 32)

A movimentação em torno desse conceito e de todas as realizações, discussões e reuniões que surgiram a partir daí culminaram na criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), necessário para organizar a rede de discussões em torno da Segurança Alimentar e Nutricional e, também, para definir prioridades e responsabilidades. O SISAN tem diversos componentes, entre os quais o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Entre as suas atribuições, o CONSEA é responsável pela organização da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que é estruturada a partir das discussões emanadas das conferências municipais e estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional.

Entendendo a importância do SISAN e das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional, que são uma realização do CONSEA, assinale a alternativa que apresenta informações corretas acerca do CONSEA:

a) É um órgão de assessoramento imediato da Presidência da República, que integra o SISAN, e deve ser composto por representantes do governo e da sociedade civil, sendo que os representantes do governo devem ser maior parte.
b) Os conselheiros escolhidos como representantes da sociedade civil adquirem mandato vitalício, podendo permanecer como tal até desistência oficial ou morte.
c) É um espaço institucional para o controle social e a participação na formulação, no monitoramento e na avaliação de políticas de segurança alimentar e nutricional.
d) As decisões adotadas pelo CONSEA são definidas por meio de consensualidade. Caso não haja acordo, a decisão ficará a cargo do Presidente do Conselho.
e) Após aprovadas em plenário, as decisões são encaminhadas ao Presidente da República, que detém o poder de deliberação final sobre as decisões.

2. O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está contemplado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em seu art. 25. Dessa forma, desde 1948, ano da publicação do DUDH, a alimentação consta como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, várias situações nos permitem verificar que a alimentação de qualidade, de acesso universal a todas as pessoas, não tem sido uma realidade. Os dados da desnutrição caíram cerca de 80% entre 2002 e 2013 no Brasil, fazendo

com que o país fosse retirado do Mapa da Fome no mundo, do qual fazem parte países com números maiores que 5%. Ainda assim, dados oficias revelam que 2,5% da população se encontra em grave situação alimentar, devido à falta de alimento. Outro dado preocupante é que os números da fome, que caíram muito até o ano de 2013, voltaram a subir a partir de 2014, que coincide com o fim do Governo Dilma e o enfraquecimento de alguns programas de assistência social e transferência de renda. O grande motor do aumento da fome é a Região Nordeste, cuja piora na qualidade de vida tem sido visível. Por outro lado, aproximadamente, 22,3% da população adulta está obesa, mostrando que não só a fome causa problemas alimentares, mas a má nutrição também.

Com base nas informações contidas no texto-base e no texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no que diz respeito ao DHAA, cabe ao Estado:

a) A distribuição gratuita e universal de alimentação balanceada para a população.
b) A distribuição de ração humana balanceada para toda a população carente.
c) Estimular o aumento da produção agrícola do país, pois esse aumento garantiria alimentos a todos.
d) Permitir e promover a alimentação da população, melhorando o acesso de todos à renda e ao emprego.
e) Financiar pesquisas para aumentar a produtividade das indústrias de alimentos, para prover mais alimentos de baixo custo para a população.

3. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um sistema de informações que reúne dados sobre alimentação e nutrição dos brasileiros. Seu objetivo é promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. O módulo municipal do SISVAN está instalado, atualmente, em praticamente todos os municípios brasileiros, e foi desenvolvido pelo DATASUS. Ele permite o registro das informações coletadas nos estabelecimentos de saúde e também pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. As variáveis necessárias e disponíveis para tabulação são peso/idade, altura/idade e peso/altura para crianças, IMC para adolescentes, IMC para adultos, IMC para idosos e IMC para gestantes. A forma de coletar os dados interfere diretamente no seu resultado, por isso a forma de coleta de cada um deles está descrita detalhadamente no Manual do SISVAN, que pretende minimizar os erros interavaliadores e intraavaliadores possíveis em cada medição realizada. Ainda nos dias de hoje, o SISVAN está sujeito a mudanças e atualizações, uma vez que a tendência é a modernização. Com a implementação do e-SUS, a forma de registro dos dados mudou.

O SISVAN é um sistema completo de registro de informações de ordem alimentar e nutricional da população. Com relação a ele, assinale a alternativa correta:

a) Um dos objetivos do SISVAN é identificar as crianças em situação de desnutrição para permitir a distribuição de alimentos não perecíveis.

b) É objetivo do SISVAN detectar casos de bócio endêmico em regiões do interior do país.
c) O SISVAN foi proposto, inicialmente, pelo INAN, regulamentado com a aprovação da Lei nº 8.080 e, desde esse período, utilizado amplamente em todos os municípios brasileiros.
d) A padronização da coleta de dados orientada pelo Manual do SISVAN evita qualquer tipo de desvio intra ou interpessoal na coleta e no registro dos dados.
e) Como parâmetros para definição do diagnóstico nutricional, deve ser utilizado o IMC para crianças e adolescentes da mesma forma que para adultos e idosos.

Referências

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Secretaria Executiva Nacional da Ação da Cidadania. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. **Ação da cidadania contra a fome, a miséria e pela vida**. Brasília, 1995. Disponível em: www4.planalto.gov.br/consea/eventos/conferencias/arquivos-de-conferencias/1a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/1-conferencia-completa-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em: 4 nov. 2018.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Relatório Final. Olinda, 2004. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_Conferencia_2versao.pdf. Acesso em: 4 nov. 2018.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Por um Desenvolvimento Sustentável com Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional**. Relatório Final. Fortaleza, 2007. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-254.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Alimentação adequada e saudável: direito de todos**. Relatório final. Salvador, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_alimentar_IV/relatorio_preliminar_4_conferencia_seguranca_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional** - PLANSAN 2016-2019. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 2017. Disponível em: www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/plansan_2016_19.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. **PEC nº 215, de 28 de março de 2000**. Inclui dentre as competências exclusivas do Congresso Nacional a aprovação de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562#marcacao-conteudo-portal. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.592, de 28 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a remissão, rebate para liquidação e desconto adicional para liquidação Seção 2.3 / Sistema de vigilância alimentar e nutricional - 85 de dívidas rurais de que tratam os arts. 69 a 72 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010. Disponível em: https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1029713/decreto-7592-11. Acesso em: 4 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 807, de 22 de abril de 1993**. Institui o Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA e dá outras providências. Disponível em: https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/113260/decreto-807-93. Acesso em: 1º jan. 2019.

BERNSTEIN, Henry. Soberania alimentar: uma perspectiva cética. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 17, n.39, p. 276-336, maio/ago.2015. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/soc/v17n39/1517-4522-soc-17-39-00276.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 960, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/legislacao/portarias/portaria-960-de-10-de-dezembro-de-2004/view. Acesso em: 1º jan. 2019.

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. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.272, de 23 de novembro de 2007**. Dispõe sobre as competências, a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6272.htm. Acesso em: 1º jan. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm. Acesso em: 1º jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm. Acesso em: 1º jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica número 36 – Diabetes mellitus**. Brasília, 2013. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portalab/publicações/caderno_36.pdf. Acesso em :15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica número 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2013. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portalab/publicações/caderno_37.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

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, 2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas-cronicas.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica número 38 – Obesidade**. Brasília, 2014. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portalab/publicações/caderno_38.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. 5ª conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Eixos temáticos**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Seguranca-Alimentar-e-Nutricional.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. CONSEA. **Princípios e diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.sisbin.ufop.br/novoportal/wp-content/uploads/2015/03/CONSEA-principios-e-diretrizes-de-uma-politica.pdf. Acesso em: 24 out. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. **O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional na visão de seus conselheiros**. Relatório de pesquisa. Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatorioconselhos/120409_relatorio_seguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 24 out. 2018.

LEÃO, Marília (Org.). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. Disponível em: http://www.

mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: 23 out. 2018.

ROLIM, Mara Diana et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232015000802359&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 nov. 2018.

SILVA, Sandro Pereira. **A trajetória histórica da Segurança Alimentar e Nutricional na Agenda Política Nacional:** projetos, descontinuidades e consolidação. IPEA, 2014. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD_1953.pdf. Acesso em: 24 out. 2018.

UNICEF BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [s.d.] Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.html. Acesso em: 1º jan. 2019.

VASCONCELLOS, Ana Beatriz Pinto de Almeida; MOURA, Leides Barroso Azevedo de. Segurança Alimentar e Nutricional: uma análise da situação da descentralização e sua política pública nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1678-4464, 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 nov. 2018.

Unidade 3

Programas de saúde e de alimentação e nutrição no Brasil

Convite ao estudo

A construção de um sistema de saúde pública de qualidade não é uma tarefa fácil nem simples, muito menos, rápida. Essa complexidade se deve a vários motivos, que vão desde a dependência da vontade coletiva até de sistemas como educação, trabalho, lazer, moradia, entre outros; que deveriam, mas não funcionam de maneira correta. Nesse sentido, como uma comunidade que não tem rede de esgoto e nem água tratada pode oferecer consultas médicas de qualidade? Como ofertar alimentos de qualidade a uma família que não tem condições econômicas de adquiri-los, ou que não possui uma geladeira em casa para armazená-los? Dessa forma, o desafio da saúde pública vai além de contratar, capacitar profissionais e construir unidades de saúde e hospitais. Por isso existe a necessidade de conhecermos programas que tratam de suplementação ou transferência de renda, como forma de permitir que a família ou o indivíduo adquira o mínimo para sua subsistência. Há, também, os programas de suplementação de micronutrientes e fortificação de alimentos, que preenchem as lacunas deixadas pela alimentação insuficiente ou de má qualidade (insegurança alimentar).

Nesta unidade veremos como é a ação efetiva do governo a curto prazo em situações de insegurança alimentar. São consideradas soluções a curto prazo aquelas que resolvem apenas a situação momentânea, sem ter sua continuidade assegurada, pois não melhoram as condições de provimento contínuo de renda. As ações mais expressivas atualmente são os programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família. Além dele, existem outros que derivam da mesma ideia. Há, ainda, os programas de acompanhamento e prevenção de carência de micronutrientes.

Esses programas são grandiosos e eficazes, mas atuam com limitações e a curto prazo. Por conta do momento social e econômico do país, não há como abrir mão desses projetos. É importante ressaltar, ainda, a necessidade de se investir em ações de médio e longo prazo para que haja perspectivas de grandes mudanças no futuro. Entre elas, destacam-se os programas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que se preocupam em garantir a saúde desde o nascimento, buscando melhorar, assim, a qualidade de vida da população como um todo.

Nesta unidade, vamos acompanhar Patrícia no auxílio a Joaquim, um menino de quatro anos com irmãos adolescentes e cuja mãe está grávida. O desafio é investigar cada um dos programas citados para saber como eles podem atender às necessidades da família. É necessário enfocar os grupos de risco, pois estamos tratando de uma gestante, de um bebê que está sendo gerado e de adolescentes.

Seção 3.1

Programas de transferência de renda condicionada

Diálogo aberto

À medida que o tempo de estágio transcorre, Patrícia vai se interessando e conhecendo mais os aspectos sociais, econômicos e culturais da família de Joaquim. Ela relaciona todos esses pontos à saúde pública, e uma das questões recentemente levantada foi o baixo poder aquisitivo da família. A mãe não trabalha e o pai recebe um salário mínimo; além disso, a família é composta por cinco pessoas que residem na mesma casa, sem contar o bebê que está para nascer. A renda citada é incompatível com as necessidades, o que os coloca em uma situação de vulnerabilidade importante. Para sanar esses problemas, são necessárias não só mudanças econômicas, mas também profundas alterações de ordem política e social em todo o país, como a política de geração de emprego e renda, programas efetivos de moradia, saúde e educação. Essas seriam as exigências de médio e longo prazo, porém algumas ações de curto prazo são capazes de remediar ou solucionar temporariamente a situação.

Como forma de tentar auxiliar nessa questão, que se apresenta fortemente como fator de insegurança alimentar, Patrícia procurou saber sobre os programas sociais em que esta família poderia ser incluída, especialmente os que são relacionados à transferência de renda. Agora, é preciso auxiliá-la no seguinte aspecto: a família se enquadraria em algum dos programas de transferência de renda propostos pelo Ministério da Saúde? Quais são eles e como eles funcionam?

Não pode faltar

As políticas e os programas de transferência de renda existem há muitos anos como uma forma de combate à fome e à pobreza, além de representarem a solidariedade entre o Estado e a população mais vulnerável. Eles ganham uma nova definição por volta do ano 1940, consolidando-se como um braço do Estado estendido em direção aos direitos civis e embasado em ações sociais. Existem diversas experiências internacionais com programas de transferência de renda e de renda mínima. Os auxílios sociais e os seguros de saúde são realidade em muitos países, como é o caso da Alemanha.

Na América Latina existem muitas experiências, porém não chegam a configurar Estados de Bem-Estar Social, principalmente em virtude da grande desigualdade social que caracteriza esses países. Outro aspecto que

faz com que essas políticas tenham seus objetivos comprometidos é o fato de muitos dos governantes de países emergentes e pobres encararem as políticas de transferência de renda como um "favor" aos menos favorecidos.

No Brasil, essa história é mais recente, a partir da definição dos princípios de equidade e universalidade previstos no arcabouço jurídico-político da Constituição de 1988. Entretanto, assim como em outros países em desenvolvimento, as ações de enfrentamento à pobreza nunca foram assumidas de verdade, tornando-se políticas a favor do clientelismo e mantendo os beneficiários no papel de "pobres desamparados" que dependem do Estado.

O primeiro grande movimento nesse sentido foi o **Programa Fome Zero**, em 2003. Nessa época, o Brasil tinha mais de 50 milhões de habitantes passando fome, e o governo brasileiro assume a responsabilidade de lutar contra essa situação. Pode-se considerar o Fome Zero um marco na história do país, pois o governo montou uma estratégia baseada na articulação de políticas em vários Ministérios com o mesmo objetivo.

O Programa Fome Zero foi estruturado em quatro eixos: (I) acesso aos alimentos, (II) fortalecimento da agricultura familiar, (III) geração de renda, (IV) articulação, mobilização e controle social. Englobando várias políticas, a mais conhecida é o Programa Bolsa Família, que será tratado com detalhes posteriormente nesta mesma unidade, juntamente com o Programa Nacional de Alimentação Escolar e o Programa dos Restaurantes Populares. Outras ações de grande impacto são o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) e o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA).

A promulgação de legislações importantes também foi alavancada pelo Programa Fome Zero, que estabeleceu ainda bases específicas para a manutenção e a preservação das conquistas, como a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O **Programa Bolsa Família** marca a criação de uma nova estrutura em termos de programas de transferência de renda, uma vez que se consolidou e assumiu a centralidade na política social brasileira, ampliando não só a cobertura como também o impacto distributivo desse tipo de programa. Sua estrutura e resultados fizeram com que ficasse conhecido internacionalmente. Os objetivos do programa eram contribuir para a inclusão social das famílias em situação de miséria, trazendo um alívio imediato para sua situação, e estimular avanços em educação e saúde para interromper o ciclo da pobreza. Uma das necessidades era a unificação dos programas de transferência de renda já existentes, além de consolidar o **Cadastro Único** para Programas Sociais (CadÚnico). Existia, também, a necessidade de montar

uma estratégia de gestão eficiente, que proporcionasse o acompanhamento das condicionalidades e que garantisse a oferta e o acesso aos serviços. Os programas, que antes eram divididos em contributivos e não contributivos, passaram a configurar um mesmo sistema de atendimento universal da população. O programa Bolsa Família atua não somente no provimento de recurso material imediato, mas também reforça o acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social.

Assimile

O **Cadastro Único** para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único - CadÚnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele, são registradas informações como características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. A partir de 2003, o Cadastro Único se tornou o principal instrumento do Estado para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Programa Minha Casa Minha Vida e da Bolsa Verde, entre outros. Pode ser utilizado, também, para a seleção de beneficiários de programas ofertados pelos governos estaduais e municipais. Por isso, ele funciona como uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas. A execução do Cadastro Único é de responsabilidade compartilhada entre o governo federal, os estados, os municípios e o Distrito Federal. Em nível federal, o Ministério do Desenvolvimento Social é o gestor responsável, e a Caixa Econômica Federal é o agente operador que mantém o Sistema de Cadastro Único.

Os cidadãos que devem ser inscritos no Cadastro Único são os que atendem aos seguintes perfis: famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa ou até três salários mínimos no total. Para se cadastrar, é importante que o responsável pela família resida na mesma casa e tenha pelo menos 16 anos, tenha CPF (Cadastro de Pessoa Física) ou título de eleitor. Existem exceções no caso de famílias indígenas ou quilombolas no quesito documentação. Os documentos e dados de toda a família devem estar completos e sempre atualizados. Dessa forma, o beneficiário deve informar o nascimento ou o falecimento de algum membro; a mudança de casa ou de trabalho e, inclusive, os casos em que alguém deixa de residir na casa

O programa apresenta algumas condicionalidades – requisitos para que a família cadastrada receba e tenha continuidade no benefício – que abrangem os campos da educação e da saúde. No que diz respeito à educação, a exigência é que crianças e adolescentes em idade escolar tenham frequência de, pelo menos, 85% do período letivo. No caso da saúde, gestantes e nutrizes devem comparecer às consultas conforme calendário do Ministério da Saúde e participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. Crianças menores de sete anos devem ser levadas às unidades de saúde ou locais de vacinação para manter seus cartões de vacina atualizados, além de ter acompanhamento do seu estado de saúde por meio do cartão de saúde da criança.

Dados levantados pelo Ministério do Desenvolvimento Social em 2017 mostraram que aproximadamente um terço da população de onze estados brasileiros, das regiões Norte e Nordeste do país, e 21% da população total do Brasil viviam com benefícios do Programa. O Bolsa Família repassa entre R$ 39 e R$ 372 para os inscritos mensalmente, a depender do número de filhos do beneficiário. Esses valores acabam por representar parte importante da economia dos municípios mais pobres do Brasil.

Reflita

Os programas de transferência de renda já existem há algum tempo no Brasil e recebem críticas tanto positivas quanto negativas com relação ao seu funcionamento e efetividade. Muitos dos beneficiários se posicionam no sentido de entender os benefícios como favores prestados pelo governo, reforçando a política de paternalismo e assistencialismo implantada há muito tempo no país. Com base na política socioeconômica em vigor no Brasil, como deveria ser a abordagem do programa Bolsa Família para que os beneficiários entendam que se trata de uma forma de "amenizar" a falta de assistência prestada à população que vive em situação de vulnerabilidade e de insegurança alimentar no Brasil? Como fazê-los compreender que esses programas são um direito inegável do cidadão?

Em junho de 2011 foi lançado o **Plano Brasil sem Miséria** na tentativa de agregar programas e planos com o mesmo propósito social. O objetivo era retirar da situação de extrema pobreza mais de 16 milhões de pessoas, ou seja, aquelas que tinham renda mensal inferior a 70 reais.

Em maio de 2012, por meio dos Programas **Fome Zero** e **Brasil sem Miséria**, foi criado o **Brasil Carinhoso**, cujo objetivo era tirar da miséria

crianças de 0 a 6 anos, com atenção especial ao grupo de 0 a 48 meses, além de auxiliar com mais recursos as famílias mais pobres já incluídas no Programa Bolsa Família. Entre as ações previstas pelo Brasil Carinhoso, é importante citar a distribuição gratuita de medicamentos para asma, a ampliação dos Programas de Suplementação de Vitamina A e Ferro, bem como a expansão do **Programa Saúde na Escola**. Com relação ao Programa de Suplementação de Vitamina A, a meta em 2012 era atingir todas as crianças residentes em municípios que faziam parte do **Plano Brasil sem Miséria**, estendendo para toda a população brasileira em 2014. O Programa de Suplementação de Ferro tinha o objetivo de desatar o nó crítico que envolvia os estados de Alagoas, Mato Grosso, Paraíba, Tocantins, Rondônia e Goiás, pois alguns municípios desses estados ainda não haviam recebido o suplemento. Em 2013, o programa foi municipalizado, passando a responsabilidade da compra dos insumos para os municípios, mas mantendo o programa como prioritário dentre as ações do Ministério da Saúde, pois a compra do suplemento faz parte do componente do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB. No caso do **Programa Saúde na Escola**, a meta era atender 100% das creches em municípios onde mais de 50% das crianças fossem beneficiárias do Programa Bolsa Família. Com relação às pré-escolas, priorizar aquelas que tinham mais de 50% das crianças como beneficiários do Programa Bolsa Família. Existe, ainda, a questão da intensificação da **Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**, cujo propósito é apoiar financeiramente municípios que ainda apresentam altos índices de desnutrição infantil, usando os recursos financeiros para estruturar e qualificar as ações em convergência com os **Programas Brasil Carinhoso** e **Rede Cegonha**. Este último será estudado mais profundamente nas seções seguintes.

Exemplificando

No dia a dia da saúde pública, é fácil exemplificar a influência dos programas de transferência de renda, como é o caso do Bolsa Família. Devido às condições impostas para a permanência no projeto, os beneficiários buscam espontaneamente por serviços de saúde, como a vacinação e os suplementos de vitamina A e Ferro. Caso o acompanhamento regular dos filhos não seja feito, o benefício é cortado. Dessa forma, muitas famílias que antes não davam a devida atenção a essas questões de saúde, agora o fazem para garantir o recebimento, aumento, assim, o número de pessoas atendidas.

Com o objetivo de criar uma rede de proteção alimentar em áreas de grande circulação de pessoas, contribuindo para a redução do número de cidadãos em situação de insegurança alimentar, foi criado o Programa Restaurante Popular. Ele também é parte integrante do Programa Fome Zero. Sua proposta é atender pessoas que realizam suas refeições fora de casa, mas que são economicamente vulneráveis. Esses restaurantes são administrados pelo poder público e se caracterizam por refeições prontas, nutricionalmente balanceadas, produzidas de forma segura, dando preferência a produtos e preparações regionais, servidas em locais apropriados e confortáveis com preços acessíveis. Seria uma forma de garantir a dignidade do ato de se alimentar. A proposta de funcionar como espaços multiuso para outras e diversas atividades contribui para o fortalecimento da cidadania e representa um polo de contato do cidadão com o poder público. É premente que nesses espaços sejam realizadas ações de educação alimentar, com temas que vão do valor nutritivo dos alimentos até o combate ao desperdício. Outras atividades com fins culturais e de socialização também podem ser realizadas.

De maneira mais pontual, o programa ainda tem como objetivos: apoiar a construção, reforma e adaptação das instalações prediais; atuar na aquisição de equipamentos e materiais novos, sejam permanentes ou de consumo; colaborar com a capacitação das equipes de trabalho e com a formação de profissionais na área de gastronomia para que desempenhem atividades básicas de um restaurante; promover a difusão dos conceitos de educação alimentar e sua aplicação.

A gestão de um restaurante popular pode ser feita diretamente por um órgão da administração pública ou por meio de parcerias com organizações sem fins lucrativos. Independente da gestão, deve existir articulação com outras ações de segurança alimentar, sendo recomendado que as compras dos produtos locais sejam valorizadas, pois gerarão renda e emprego. O preço a ser sobrado pela refeição é R$ 1,00, por isso alguns desses restaurantes são popularmente conhecidos como "restaurante de 1 real". O poder público deve ser responsável por cobrir os custos da refeição, visto que o valor cobrado não é capaz de custeá-la.

Em consonância com ações e programas de transferência de renda aliados ao combate da insegurança alimentar, um programa de forte atuação, considerado o mais antigo programa ainda funcionando, é o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), conhecido por muitos como "merenda escolar". Tendo em vista que a alimentação é um direito dos alunos da educação pública, o PNAE tem por objetivo contribuir com o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, com a aprendizagem, com o rendimento escolar e com a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos. Tudo isso se dá por meio de ações de educação alimentar e nutricional, além da oferta de refeições que cubram as suas necessidades nutricionais durante o período letivo.

Fazem parte da rede atendida todas as escolas, creches, pré-escolas do

ensino fundamental e médio, qualificadas como entidades filantrópicas ou por elas mantidas, inclusive as de educação especial, conveniadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Os recursos financeiros do programa são consignados no orçamento da União e repassados em parcelas aos estados, Distrito Federal e municípios, bem como às escolas federais por meio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. A transferência dos recursos é feita automaticamente pelo FNDE, sendo incluídos nos orçamentos e utilizados exclusivamente na aquisição de gêneros alimentícios. O montante dos recursos financeiros será calculado com base no número de alunos matriculados na educação básica pública de cada um dos entes governamentais, conforme os dados oficiais de matrícula obtidos no censo escolar realizado pelo Ministério da Educação. A aquisição de gêneros alimentícios deve obedecer ao cardápio planejado pelo nutricionista, estando este preferencialmente no mesmo ente federativo que as escolas. Um montante de 30% dos recursos deve ser utilizado para aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor rural e suas organizações, priorizando-se assentamentos da reforma agrária, comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas.

O Ministério da Educação deve propor ações educativas que perpassem pelo currículo escolar, abordando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional. A coordenação das ações de alimentação escolar deve ser realizada por nutricionista habilitado, que assume a responsabilidade técnica do programa.

São consideradas ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) o conjunto de ações formativas, de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que objetivam estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis que colaborem para a aprendizagem, para o estado de saúde do escolar e para a qualidade de vida do indivíduo.

Como forma de englobar ainda mais a população trabalhadora, foi criado o Programa de **Alimentação do Trabalhador** (PAT). Instituído em 1976 e regulamentado em 1991, com o objetivo de melhorar as condições nutricionais e de qualidade de vida dos trabalhadores, a redução dos acidentes e o aumento da produtividade, o programa apresenta como vantagem à empresa empregadora a possibilidade de dedução do imposto de renda devido ao valor correspondente à aplicação da alíquota de imposto sobre a soma das despesas de custeio realizadas no período em programas de PAT. Vale ressaltar que a participação de qualquer empresa no PAT não é obrigatória. A pessoa jurídica beneficiária poderá aderir ao programa sob as seguintes formas: serviço próprio de refeições, distribuição de alimentos, incluindo cestas básicas, convênios com entidades que forneçam ou prestem serviços

de alimentação coletiva (desde que essas sejam credenciadas pelo PAT), distribuição de "vale-refeição". A única forma que não pode ser operada é por meio de concessão em dinheiro.

Sem medo de errar

No início desta seção, nosso objetivo era auxiliar Patrícia em suas atividades do estágio a verificar em quais programas de transferência de renda a família de Joaquim poderia ser incluída. Trata-se de uma família composta por cinco membros, dois adultos, sendo um deles uma gestante, uma criança e dois adolescentes. A renda familiar vem exclusivamente do trabalho do pai, que recebe um salário mínimo por mês. Os filhos estão na escola, inclusive o mais novo. Vários problemas alimentares e de saúde foram identificados na família, entre eles: anemia na mãe e em Joaquim, que tem quatro anos, e o excesso de peso nos seus irmãos, de 10 e 12 anos.

O Governo Federal, por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e outros entes, oferece programas de transferência de renda à população vulnerável, que também podem ser considerados uma forma de atuação contra a insegurança alimentar e nutricional. A família de Joaquim poderia ser atendida por vários desses programas.

Em primeiro lugar, é preciso verificar se a família é elegível ao Bolsa Família. Hoje, a renda familiar é ligeiramente superior ao teto do programa, ou seja, 185 reais por membro da família, mas com a chegada do bebê, esse patamar será superado. As crianças em idade escolar, matriculadas e frequentando a escola, atenderiam a uma das condicionalidades do programa.

Em segundo lugar, podem ser analisados os programas de Suplementação de Nutrientes, vitamina A e ferro, para atender Joaquim e sua mãe. Ambos podem ser imediatamente enquadrados, pois a mãe é gestante e deve receber as doses de ferro, já o Joaquim, por ser menor de cinco anos, recebe ferro e vitamina A. Esses programas também fazem parte do Programa Brasil Carinhoso, que se propôs a atender gestantes e crianças; dessa forma a mãe de Joaquim seria acompanhada até o final da amamentação do próximo bebê. Embora o consumo calórico total de Joaquim e de sua mãe possa estar abaixo do recomendado, a inserção da suplementação poderá abrandar as consequências de um possível quadro de desnutrição infantil, tanto em Joaquim quanto no bebê. Assim, as ações de correção da ingestão calórica, quando realizadas, serão mais efetivas.

É importante complementar o auxílio, neste momento, com ações direcionadas à saúde do grupo. Joaquim e seus irmãos devem ser levados à unidade

de saúde e suas cadernetas de vacinação devem ser atualizadas e mantidas em dia. Além disso, devem passar por exames periódicos, recebendo orientações com relação à alimentação e nutrição e saúde bucal.

Sugere-se fazer a verificação da existência de escolas municipais ou estaduais nas proximidades da residência da família para matricular os filhos, além de cobrar que sejam atendidos pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar, pois a sua implantação é de caráter obrigatório em todas as escolas públicas, inclusive nas filantrópicas.

No caso do pai das crianças, o ideal seria verificar que tipo de atividade laboral ele tem, onde trabalha e verificar a possibilidade de a empresa se cadastrar no Programa de Alimentação do Trabalhador, pois garantiria uma alimentação melhor para ele durante sua jornada de trabalho. Além disso, embora a família não resida em um grande centro urbano, pode ser que exista algum restaurante popular na cidade, onde tanto o pai quanto a mãe de Joaquim poderiam realizar uma de suas refeições. Por ser uma refeição de baixo custo, pode ser acessível aos dois ou pelo menos ao pai, caso não haja sucesso no cadastro da sua empresa no PAT.

Vale ressaltar, ainda, a necessidade de maior estreitamento dos laços entre a família de Joaquim e os serviços sociais e de saúde que o município possa oferecer. Muitas vezes são serviços que atendem à demanda espontânea das unidades, mas que a população não procura por ignorância. Embora nosso foco seja a saúde pública, já vimos que ela caminha em parceria estreita com o serviço social, portanto é preciso cadastrar essa família junto a uma Secretaria de Desenvolvimento Social e garantir que ela tenha acesso a todos os serviços a que tenha direito de usufruir.

Avançando na prática

A lacuna do Programa Nacional de Alimentação Escolar

Descrição da situação-problema

A mãe de Joaquim, dona Antônia, foi até a escola em que ele estuda se informar sobre as refeições que são oferecidas para as crianças. O menino fica na escola apenas no período matutino, mas deveria ficar em tempo integral, pois a escola recebeu licença de funcionamento como creche. A diretora alega que não tem vaga para acolher todas as crianças da região em período integral, por isso faz uma espécie de "revezamento" informal.

Um outro problema detectado por dona Antônia foi com relação às refeições. A diretora informou que recebe o cardápio enviado pela Secretaria de Educação, mas não o segue porque não dispõe de recursos para adquirir os gêneros, uma vez que a diretora da gestão anterior não conseguiu fazer a prestação de contas de maneira adequada e a escola perdeu muitos recursos. Sem saber o que fazer, dona Antônia pediu a Patrícia que a ajudasse.

Resolução da situação-problema

Patrícia se informou junto ao Ministério da Educação sobre a situação da escola. Uma vez que houve problemas na prestação de contas, o município, que optou por manter a escola funcionando, deveria assumir o custeio da alimentação da escola de forma adequada. Por outro lado, a escola está funcionando de maneira irregular, pois não pode restringir o turno de atendimento aos alunos por falta de vagas. Nesse caso não existe outra solução senão interditar a escola até que todas as irregularidades sejam sanadas. A mãe de Joaquim ficou muito assustada com essa possibilidade, pois conhece alguns dos funcionários da escola que ficariam sem emprego. Ela alegou para Patrícia que atender em apenas um turno é melhor do que não atender a ninguém. Inconformada, Patrícia tentou explicá-la que aceitar as irregularidades impostas por maus gestores apenas perpetua uma situação que prejudica quem está sujeito a ela. Ao fechar a escola, o governo do município tem que garantir a recolocação das crianças e trabalhar de forma a reestruturar a escola que está sendo interditada, até mesmo com a possibilidade de gerar mais empregos.

Faça valer a pena

1. O Programa Bolsa Família é um programa nacional de transferência de renda que existe desde o ano de 2003. Ele deriva das ações do Programa Fome Zero e tem como principal objetivo contribuir para a superação da pobreza. As suas ações podem ser caracterizadas como ações de enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional, atendendo a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O programa, que é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social, atende em três eixos: a transferência direta de renda, como forma de alívio imediato da situação econômica; a ampliação do acesso aos serviços públicos por meio das condicionalidades relacionadas aos aspectos de educação e saúde; e as ações e programas complementares, que auxiliam no cumprimento das próprias condicionalidades, pois na maioria das vezes são ações que estendem o acesso aos serviços de saúde e educação por meio de parcerias com outros órgãos públicos e com a sociedade civil. A efetividade do programa é medida pelo indicador de mortalidade infantil, em nível nacional, e as características que asseguram a sua institucionalização são o acesso universal e a regularidade do

atendimento. Uma vez que o beneficiário se cadastra e cumpre os requisitos, passando a receber o benefício, o processo de desligamento só pode ser feito mediante comprovação de não cumprimento da condicionalidades.

Considerando o Programa Bolsa Família e sua importância no processo de combate à insegurança alimentar, assinale a alternativa correta:
a) O Cadastro Único é um instrumento de gestão do Bolsa Família, pois uma vez inscrito no cadastro único, o cidadão passa a ter direito automático ao benefício.
b) Mesmo se apresentando como uma medida de curto prazo, a transferência direta de renda auxilia de maneira importante na interrupção do ciclo intergeracional de reprodução da pobreza.
c) O programa se destina a pessoas extremamente pobres, sendo assim, uma vez empregado, o beneficiário perde o seu direito ao benefício.
d) O principal objetivo das condicionalidades da educação é estimular a permanência das crianças na escola. A comprovação dessa condicionalidade deve ser feita apenas uma vez por ano, com apresentação do comprovante de matrícula.
e) O programa usa três indicadores como forma de avaliação da efetividade: evasão escolar, mortalidade materna e mortalidade infantil.

2. O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) foi criado no ano de 1976 com o objetivo de melhorar a atenção à alimentação do trabalhador. Atualmente, o programa atende a mais de 14 milhões de empregados e mais de 148 mil empresas, mostrando um crescimento de 4,1% de trabalhadores e 6,9% de empresas. Os benefícios ao trabalhador se estendem para além do ambiente de trabalho, pois melhoram sua qualidade de vida em geral. De maneira comprovada e direta, há o aumento da produtividade do trabalhador e da redução de atrasos e absenteísmo. Além disso, são verificados a redução dos acidentes de trabalho, o aumento no nível da qualidade de produtos e serviços gerados, o aumento na produtividade (mais agilidade e rapidez na produção), o aumento da satisfação do trabalhador com o trabalho (mais motivação), o aumento da integração entre o trabalhador e a empresa (especialmente quando a refeição é servida em espaços de convivência), o aumento da atratividade da empresa aos empregados. Além disso, a empresa tem os seus próprios benefícios diretos, que são isenção de encargos sociais sobre o valor do benefício (INSS, FGTS, etc.), e também pode contar com a dedução do incentivo fiscal por refeição cedida (limitado a 4% do imposto devido, quando faz a declaração de renda pelo lucro real).

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) é um programa bastante atrativo, tanto para as empresas quanto para os empregados. Sobre suas regras e funcionamento, assinale a alternativa correta
a) Para participar do programa, a empresa deve dispor de refeitório, onde fará a distribuição das refeições.

b) Uma opção ao refeitório, quando a empresa tem empregados que trabalham em diferentes locais, é fazer o depósito em dinheiro para o trabalhador comprar sua refeição.
c) Uma das desvantagens do programa é o fato de não ter formas que assegurem que o trabalhador em trânsito receba a sua refeição.
d) A dieta nutricionalmente adequada é uma característica importante do programa, pois assim garante que as necessidades dos trabalhadores sejam atendidas.
e) A isenção de encargos sociais é o maior atrativo do PAT, pois o fato de não precisar recolher o INSS do trabalhador representa economia importante para a empresa

3. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), ainda conhecido por muitos como a merenda escolar, é um programa de assistência financeira suplementar, cujo objetivo é garantir uma refeição diária, no mínimo, aos alunos beneficiados. A criação do programa se deu em 1983, contudo, sua origem data de 1954, com a Campanha da Merenda Escolar de Getúlio Vargas. De lá para cá, muitas modificações foram feitas, aperfeiçoando as regras de funcionamento e buscando atender a todos os estudantes de maneira adequada. Em virtude de sua amplitude e duração, o programa é considerado a mais abrangente experiência em programas de alimentação e nutrição da América do Sul. Hoje atende mais de 42 milhões de alunos por ano, com um investimento superior a 1 bilhão de reais, e tem um gerenciamento bastante complexo, pois envolve diretamente União, estados, municípios, conselhos e estabelecimentos de ensino. Em virtude disso, a gestão deve ser comprometida e transparente para garantir que os objetivos e metas do programa sejam atingidos e que o recurso financeiro seja utilizado de maneira adequada. Dentre esses objetivos, podemos citar a melhora das condições fisiológicas do aluno, contribuindo com o bom desempenho escolar, promovendo a educação nutricional no âmbito da escola, reforçando a aquisição de bons hábitos alimentares e, consequentemente, reduzindo a evasão e a repetência escolar.

Considerando as regras e os objetivos do Programa Nacional de Alimentação Escolar, assim como as suas responsabilidades, assinale a alternativa correta:

a) O principal objetivo do PNAE é suprir parcialmente as necessidades nutricionais dos alunos beneficiários em duas refeições ao dia.
b) A refeição oferecida deve ter aproximadamente 350 quilocalorias e 9 gramas de proteínas, o que corresponde a aproximadamente 30% das necessidades diárias do aluno.
c) A base de cálculo para determinação do recurso mensal é feita tomando-se o número de alunos matriculados e multiplicando-se pelo recurso individual e por 20 dias de atendimento, que é a quantidade de dias letivos de um mês.
d) Os recursos para o programa vêm do Tesouro Nacional, via Fundo Nacional de

Desenvolvimento da Educação (FNDE), que recebe e repassa aos municípios, em dez parcelas idênticas, de fevereiro a novembro.
e) As escolas filantrópicas podem receber os repasses referentes ao programa, porém recebem uma ordem de 85% do valor destinado às entidades públicas.

Seção 3.2

Programas de suplementação de micronutrientes

Diálogo aberto

O atendimento na área de saúde pública apresenta pormenores que merecem muita atenção, mas que por vezes ficam esquecidos entre tantas outras prioridades. A ingestão insuficiente de micronutrientes, em muitos casos, não se reflete diretamente no estado nutricional do indivíduo, podendo levar até meses para ser detectada. Um grande problema é que quando a deficiência é detectada tardiamente, pode resultar em consequências irreversíveis, especialmente quando se trata de desenvolvimento cognitivo e intelectual. Um dos micronutrientes associados ao desenvolvimento cognitivo é o ferro, cuja carência pode acarretar desde uma simples sonolência até dificuldades de concentração, o que resulta em baixa produtividade intelectual. A vitamina A, além de estar relacionada aos já conhecidos processos visuais, atua de maneira expressiva no crescimento e desenvolvimento, e sua carência pode representar perda intelectual importante. No caso da família de Joaquim, os relatos mostram que tanto a mãe, gestante, como Joaquim, com quatro anos de idade, foram diagnosticados com anemia ferropriva (deficiência de ferro alimentar). A mãe relata que nunca usou suplementação de ferro com os filhos (além de Joaquim, ela tem mais dois filhos com idade de dez e doze anos) nem com ela mesma, que já teve outras três gestações. A agente de saúde comentou com Patrícia que o desconhecimento dos Programas de Saúde dentro da Atenção Básica é muito comum, grande parte das famílias não sabe de sua existência. Os dois melhores exemplos de Programas são o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vita A Mais). Diante disso, Patrícia se ofereceu para estudar sobre esses programas e preparar um material de divulgação. O seu objetivo é levar informações sobre esses dois Programas de Suplementação de Micronutrientes às mães atendidas por aquela unidade de saúde. Para isso, ela precisa definir o assunto, conhecer seu público-alvo e o alcance da ação, entre outras coisas.

Não pode faltar

O processo de transição nutricional fez com que o perfil nutricional da população brasileira mudasse bastante desde o século passado. Passamos de um país com grande número de desnutridos para um país onde a desnutrição

e a obesidade coexistem. A alteração do padrão alimentar, com diminuição do consumo de leite e derivados, frutas e vegetais, e aumento do consumo de alimentos refinados, com grande quantidade de sal e açúcar, elevou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. As carências nutricionais de macronutrientes relacionadas à ingestão calórica total, com ênfase para a desnutrição, diminuíram, mas a prevalência de doenças carenciais de micronutrientes continuam com altos números. Entre as doenças de alcance nacional que podem ser consideradas problemas de saúde pública, destacam-se a deficiência de ferro, que muitas vezes se reflete na anemia ferropriva, e a carência de vitamina A (DVA – deficiência de vitamina A). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2006, revelou que entre as crianças menores de cinco anos, 20,9% tinham anemia e 17,4% tinham DVA.

Entre as formas de enfrentamento das carências de micronutrientes, temos a fortificação de alimentos e a suplementação de micronutrientes. A fortificação de alimentos é uma forma de aumentar o consumo de determinado nutriente, utilizando, para isso, um alimento de emprego naturalmente elevado e constante na população. Exemplos dessa prática são a fortificação, a adição de iodo no sal de cozinha e a adição de ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e milho.

Uma outra forma de enfrentamento das carências de micronutrientes é a suplementação da alimentação infantil, que se dá na forma de adição de micronutrientes diretamente nas refeições. No Brasil temos o NutriSUS, que utiliza sachês com micronutrientes em pó para serem adicionados nas refeições das crianças.

O enfrentamento das carências também pode ser feito por meio de suplementação profilática, que é o caso considerado pelos Programas de Suplementação de Ferro e Vitamina A. Normalmente os programas são direcionados para a parte da população mais vulnerável, como é o caso de gestantes e de crianças menores de cinco anos.

Reflita

A carência de micronutrientes é uma realidade no Brasil mesmo com a redução da prevalência da desnutrição no país. Ao mesmo tempo em que se reduziram as taxas de desnutrição, aumentaram-se as taxas de obesidade. Isso quer dizer que, embora o aumento da ingestão calórica tenha acontecido, esse aumento não foi composto por alimentos de boa qualidade, capazes de garantir o aporte de micronutrientes. Você acredita que, caso os projetos de educação alimentar e nutricional não sejam concretizados, é possível que apenas os Programas de Suplementação de Micronutrientes sejam capazes de reverter essa situação de carência?

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro foi criado no ano de 2005, por meio da Portaria Ministerial nº 730, de 13 de maio de 2005, com o objetivo de orientar coordenadores estaduais e municipais, além dos demais profissionais e saúde, para a implementação do referido programa. A sua criação se justifica pela alta prevalência de anemia na população brasileira. Dados apontam para 67,6% em crianças de idade entre seis e 24 meses e para 30% entre as gestantes. As principais consequências da anemia são o baixo peso do bebê ao nascer e a alta mortalidade materna, além do déficit cognitivo nas crianças. Além disso, há o comprometimento do sistema imune, o que aumenta a susceptibilidade a infecções. O déficit cognitivo, o atraso do crescimento e desenvolvimento pode repercutir em outros ciclos da vida.

Juntamente com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho e a orientação nutricional, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro perfaz o conjunto de estratégias para o combate à anemia por deficiência de ferro no país.

A orientação alimentar e nutricional, como processo de educação nutricional, é parte importante do tratamento e prevenção da anemia. Os alimentos ricos em ferro devem ser priorizados, tais como carnes vermelhas, especialmente vísceras, carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. Os vegetais também devem ser inseridos, como hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como feijão e lentilha. No caso dos alimentos de origem vegetal, ingerir acompanhados de frutas cítricas, como laranja, acerola, limão e caju, e de alimentos ricos em vitamina A, como mamão, manga, abóbora e cenoura.

O desenvolvimento da anemia pode ser favorecido por várias determinantes: na infância os fatores predisponentes têm início na gestação, dependendo da ingestão alimentar da mãe para composição dos estoques da criança. Em seguida, o aleitamento materno interfere de forma importante, pois a ausência do aleitamento materno exclusivo ou a introdução precoce da alimentação complementar podem aumentar e predisposição à anemia. É importante também atentar para as parasitoses, pois podem causar perda de sangue intestinal.

Dessa forma, o programa se propõe a proteger esses grupos (gestação e infância). A operacionalização do programa ocorre pela distribuição de suplementação medicamentosa de ferro para crianças de seis a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto. Os suplementos devem ser distribuídos gratuitamente, nas unidades de saúde, em toda a rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Exemplificando

A dosagem de ferro elementar a ser prescrita é um cálculo muito fácil de ser feito. Embora somente os profissionais habilitados

– médicos e enfermeiros – possam fazer a prescrição, é importante que os gestores do programa conheçam essa dosagem para o acompanhamento e a avaliação. Por exemplo, uma criança de seis meses de idade, pesando em média 8 kg, deve receber qual dosagem de ferro elementar?
Considerando que o programa orienta a prescrição de 1 mg por kg de peso, essa criança deverá recebe 8 mg de ferro. Fácil, não?

A suplementação, por ser uma medida profilática, não exige diagnóstico de anemia nem exames complementares. Somente casos específicos devem ser avaliados de maneira individualizada, tais como anemia falciforme (para os quais não é indicada a suplementação de ferro). No caso do paciente que apresentar diagnóstico de anemia, a conduta medicamentosa deve ser definida pelo profissional de saúde responsável.

A suplementação deve ser feita de maneira ininterrupta dos seis aos 18 meses, e no caso de crianças que não estão em aleitamento materno exclusivo (AME), a suplementação pode ser iniciada aos quatro meses de idade. No caso de inclusão tardia da criança no programa, o recomendado é que permaneça por pelo menos seis meses, com limite de inclusão aos 18 meses de idade, ou seja, algumas crianças poderão permanecer no programa após os 18 meses de idade, dependendo da idade em que forem incluídas.

Quadro 3.1 | Forma de administração do suplemento de ferro

População a ser atendida	Dosagem	Periodicidade	Tempo de permanência	Produto	Cobertura populacional
Crianças de seis a 18 meses	25 mg de ferro elementar	Uma vez por Semana	Até completar 18 meses	Sulfato ferroso	Universal
Gestantes a partir da 20ª semana	60 mg de ferro elementar 5mg de ácido fólico	Todos os dias	Até o final da gestação	Sulfato ferroso e ácido fólico	Universal
Mulheres no pós-parto e pós-aborto	60 mg de ferro elementar	Todos os dias	Até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto	Sulfato ferroso	Universal

Fonte: elaborado pelo autor.

Com relação à gestão do programa, o Ministério da Saúde é responsável por estimular e apoiar os estados e municípios para a implantação e avaliação do desempenho e do impacto do programa. Cabe a ele também a elaboração de

materiais e divulgação das normas operacionais do programa aos estados, assim como o acompanhamento e monitoramento da implantação e operacionalização e da cobertura populacional. O Ministério da Saúde também deve estabelecer parcerias para fomentar atividades complementares com o objetivo de promover a alimentação saudável.

A responsabilidade dos estados é a coordenação do programa em nível estadual, estimulando e apoiando sua implantação, implementação e avaliação. Cabe a eles a divulgação das normas operacionais, assim como a supervisão de sua implantação e operacionalização. O estado deve realizar a capacitação dos coordenadores municipais para que sejam aptos a conduzir o programa de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, além de fazer a apuração de denúncias de irregularidades na condução do programa.

É responsabilidade dos municípios indicar um profissional devidamente capacitado para coordenar o programa; organizar ações de promoção da alimentação adequada, assim como identificar os indivíduos que se enquadram no programa, fornecendo a eles o suplemento, segundo conduta determinada pelo Ministério da Saúde. A monitoração e a avaliação do programa também ficam a cargo dos municípios. Ressaltando, ainda, as incumbências do município, foi pactuado em CIT (comitê tripartite) e publicado na Portaria nº 1555/2013, que a partir de agosto de 2013 o sulfato ferroso e o ácido fólico deveriam ser adquiridos pelos municípios como Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Vale lembrar que na implementação do programa essa responsabilidade era do próprio Ministério da Saúde, que produzia e distribuía os insumos.

Com relação à organização do processo de trabalho no município, em primeiro lugar ele deve constituir equipe com integrantes representantes da área de alimentação e nutrição, saúde da criança, saúde da mulher, atenção básica e assistência farmacêutica, além de outros que considere importante. Essa equipe identificará o público a ser atendido e as metas do programa. A distribuição da suplementação deve seguir uma ordem de prioridade, iniciando com a população mais vulnerável, crianças beneficiárias do Bolsa Família e outros programas de transferência de renda.

É importante que sejam feitas a mobilização e a orientação dos profissionais de saúde para a captação dos beneficiários e o acompanhamento da distribuição dos insumos. A execução do programa deve ser acompanhada de perto nas Unidades Básicas de Saúde.

Outro micronutriente importante, a vitamina A, começou a ser alvo das ações de saúde pública por meio do **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**, que foi instituído com a Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, a fim de reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

A deficiência de vitamina A se dá quando os estoques da vitamina estão insuficientes, por ocasião de alimentação e ingestão insuficientes de alimentos fonte. A deficiência de vitamina A (DVA) clínica – xeroftalmia – é definida por problemas no sistema visual e atinge três estruturas oculares: a retina, a conjuntiva e a córnea, tendo como consequência tanto a diminuição da sensibilidade à luz até a cegueira parcial ou total. A sua primeira manifestação é a cegueira noturna, quando ocorre a diminuição da capacidade de enxergar em locais com baixa luminosidade.

O programa de suplementação de vitamina A existe desde 1980 no país, atendendo apenas a municípios da Região Nordeste. Em 2005, com a publicação da Portaria nº 729, o Programa alcançou o status de nacional, porém ainda sem cobertura efetiva em todos os municípios. No ano de 2010 ele foi ampliado para os municípios da Amazônia legal e, em 2012, por ocasião do lançamento da ação Brasil Carinhoso, foi estendido para todos os municípios brasileiros, com prioridade para a Região Norte, além de 585 municípios integrantes do Plano Brasil Sem Miséria das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, e para todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

O impacto positivo da suplementação de vitamina é evidenciado de maneira expressiva em crianças de seis a 59 meses. Os estudos apontam redução do risco global de morte em 24%, diminuição da mortalidade por diarreia em 28% e diminuição da mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a suplementação da vitamina A para prevenir a sua carência e, consequentemente, reduzindo os casos de xeroftalmia e de cegueira de origem nutricional. A diversificação da dieta deve estar inserida nas ações de combate e prevenção da carência de vitamina A, acompanhando a suplementação profilática.

Outras medidas de caráter profilático, dentro da área de alimentação e nutrição, são: (i) promoção do aleitamento exclusivo até o sexto mês, com a complementação até os dois anos de idade ou mais e a introdução correta da alimentação; (ii) incentivo à alimentação adequada e saudável com incentivo ao consumo de alimentos ricos em vitamina A.

Assimile

A prevenção da carência de micronutrientes deve envolver ações de educação nutricional. Para isso, é importante conhecer as fontes alimentares dos micronutrientes. No caso do ferro e da vitamina A, a necessidade para crianças menores de seis anos é de 7 a 10 mg/dia de ferro e de 300 a 400 µg/dia de vitamina A.

Fontes alimentares de ferro (quantidade em 100g):

- Fígado bovino grelhado – 5,8 mg
- Patinho grelhado – 3,0 mg

- Coração de frango grelhado – 6,5 mg
- Sardinha conservada em óleo – 3,5 mg
- Gema de ovo cozida (10 min) – 2,9 mg
- Mix de cereais (trigo, aveia e cevada) – 12,6 mg
- Agrião cru – 3,1 mg
- Semente de gergelim – 5,4 mg
- Lentilha cozida – 1,5 mg
- Feijão fradinho cozido – 1,1 mg
- Açúcar mascavo – 8,3 mg
- Ameixa em calda – 2,7 mg

Fontes alimentares de vitamina A (quantidade em 100 g):

- Fígado bovino grelhado – 14.574 µg
- Leite de vaca pasteurizado – 39 µg
- Manteiga sem sal – 672 µg
- Queijo Minas fresco – 270 µg
- Ovo cozido – 500 µg
- Cenoura crua – 1326 µg
- Cenoura cozida – 900 µg
- Batata doce assada – 298 µg
- Manga – 118 µg
- Espinafre cozido – 621 µg
- Couve manteiga refogada – 384 µg
- Mamão formosa – 148 µg
- Tomate – 60 µg

Sem medo de errar

A carência de alguns micronutrientes no Brasil ainda é um problema de saúde pública. Em virtude disso, várias medidas têm sido tomadas para a promoção da saúde, para a prevenção dessas carências e também para o controle epidemiológico. Uma dessas medidas é a criação de Programas de Suplementação de Micronutrientes, nesse caso específico, a suplementação de ferro e de vitamina A.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro tem por objetivo prevenir e controlar a anemia ferropriva, de alta prevalência especialmente em crianças. O programa é direcionado a gestantes, mulheres no pós-parto e crianças menores de cinco anos. A sua operacionalização se dá de forma bem simples. O município deve adquirir os suplementos de ferro, que são distribuídos combinados com o ácido fólico, entregar nas unidades de saúde para que elas façam a distribuição entre as mulheres e crianças atendidas, conforme

prescrição do profissional de saúde que as acompanha. A suplementação de ferro deve ser feita a partir do cálculo de gramas de suplemento por quilo de peso, sendo que o suplemento é distribuído na forma de xarope de sulfato ferroso. Para as mulheres, gestantes e puérperas, o suplemento é distribuído na forma de comprimidos de sulfato ferroso. A garantia do funcionamento do programa depende de vários fatores: o município deve se responsabilizar pela compra dos suplementos, que são distribuídos nas unidades de saúde. As unidades de saúde devem ter os profissionais responsáveis devidamente treinados para a prescrição e distribuição dos suplementos para o público-alvo. É responsabilidade ainda das unidades de saúde, juntamente com a coordenação de alimentação e nutrição do município, garantir que todos os usuários elegíveis ao programa sejam atendidos durante todo o período previsto. O manual de condutas e procedimentos do programa deve ser de conhecimento do coordenador de alimentação e nutrição do município, que deve transmitir as informações necessárias aos demais profissionais e equipe envolvidos.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – Vita A Mais – tem como objetivos reduzir, controlar e prevenir a carência de vitamina A na população, com foco nos grupos mais vulneráveis. São elegíveis ao programa crianças menores de seis anos e mulheres no pós-parto imediato. A operacionalização se dá de maneira um pouco diferente do programa de suplementação de ferro, pois o programa de vitamina A tem a questão da compra e distribuição do suplemento controlada pelo Ministério da Saúde. O suplemento, seja de 100 mil ou 200 mil UI é produzido em laboratório da rede nacional e enviado para as Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a demanda registrada. As Secretarias Estaduais, por sua vez, fazem a distribuição e envio para as Secretarias Municipais de Saúde, também de acordo com a demanda. A suplementação da vitamina A é feita nas Unidades de Saúde de forma rotineira ou em campanhas como as de vacinação. As crianças menores de 12 meses recebem uma megadose de 100 mil UI, e as crianças de 12 meses a 59 meses recebem uma megadose de 200 mil UI a cada seis meses. A distribuição das cápsulas pelos municípios, assim como a forma de administração são definidas individualmente pelos gestores municipais.

Para que a família receba toda a suplementação a que tem direito, é importante que a mãe ou responsável mantenha sempre o cartão das crianças atualizados e em mãos. Caso o agente comunitário de saúde não faça visitas regulares nas residências, os moradores devem ser informados da necessidade de comparecimento nas unidades de saúde para atualização das ações de saúde previstas, em que são englobadas as ações dos programas e planos de saúde, não só em nível municipal, como também extensivo ao nível federal.

Caso as mulheres e crianças tenham garantidas essas duas suplementações, ferro e vitamina A, juntamente com algumas ações de educação alimentar e nutricional, haverá a garantia do desenvolvimento mais saudável das crianças, maior probabilidade de aleitamento materno adequado e redução das mortalidades materna e infantil. Pode-se afirmar, ainda, que não só as crianças, como os adolescentes, adultos e idosos, e toda a família em geral terão melhores condições de saúde e de manutenção do seu estado nutricional como adequado.

Avançando na prática

Carências de micronutrientes em grupos não vulneráveis

Descrição da situação-problema

Joaquim e sua mãe foram inseridos nos programas de suplementação de ferro e vitamina A, minimizando, assim, as chances de carência de micronutrientes. Seus dois irmãos mais velhos, porém, não fazem parte do grupo considerado vulnerável para esses programas de suplementação de micronutrientes, porém eles se encontram em situação de insegurança alimentar e nutricional, pelas características sociais e econômicas de sua família. Como outros programas de suplementação e fortificação de alimentos podem proteger os irmãos mais velhos de Joaquim da carência de micronutrientes?

Resolução da situação-problema

Existe uma diversidade de programas de suplementação e fortificação de alimentos cujo objetivo é promover combate à carência de micronutrientes. Alguns deles, como o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vita A Mais) e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, são direcionados a públicos específicos. Outros deles, no entanto, atingem a população sem distinção de grupo ou idade. Exemplos deles são o Programa de Fortificação de Sal com Iodo, que combate a Deficiência de Iodo e o Bócio Endêmico, e o Programa de Fortificação de Farinhas, que adiciona ferro e ácido fólico às farinhas de trigo e milho, que são de consumo comum pela população.

Faça valer a pena

1. O perfil epidemiológico das gestantes e crianças brasileiras se divide entre os estados de desnutrição e excesso de peso, em virtude de alterações nos hábitos alimentares e acesso aos alimentos. As carências de micronutrientes aparecem como fatores preocupantes, pois acontecem tanto em indivíduos desnutridos como nos indivíduos com excesso de peso, dependendo do perfil da dieta que, nesse caso, será pobre em micronutrientes. No caso de gestantes, uma forma de melhorar o curso da gestação e garantir o aporte nutricional é a partir da inclusão desse grupo populacional no grupo de risco para a carência de ferro. Dessa forma, as gestantes têm o direito de receber a suplementação de ferro a partir da 20a semana gestacional. Esse suplemento deve estar disponível nas unidades de saúde, cabendo aos profissionais responsáveis pelas consultas de pré-natal informar e prescrever os suplementos para elas. A ingestão do suplemento deve ser diária e seguir a dosagem recomendada pelo profissional de saúde. Deve ser observada a intolerância gástrica da gestante e, caso haja rejeição da forma apresentada pelo suplemento, o profissional deverá prescrever uma forma que seja menos propensa a causar sensibilidade nas gestantes.

Com relação ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), especialmente na parte que diz respeito às gestantes, assinale a alternativa correta:
a) A suplementação de ferro durante a gestação tem impacto negativo nas taxas de contração muscular, transmissão nervosa e secreção glandular.
b) Gestantes devem receber a suplementação de ferro desde a primeira consulta pré-natal, independentemente da idade gestacional.
c) A suplementação de ferro para gestantes deve se estender para o período de lactação, ou seja, lactantes também devem ser suplementadas com o sulfato ferroso.
d) A suplementação de ferro deve ser concomitante com a suplementação de vitamina A em gestantes, pois os estoques adequados de vitamina A garantem o melhor aproveitamento do ferro ingerido.
e) Após o parto, a mulher é elegível à suplementação de ferro, que deve ser feita até seis meses após o parto. O mesmo ocorre para mulheres que sofreram aborto.

2. O Programa Nacional de Vitamina A – Vita A Mais – é um programa que foi elaborado pelo Ministério da Saúde com vistas à redução da Deficiência de Vitamina A (DVA) na população brasileira. Inicialmente com foco nas regiões mais carentes do Brasil, incluindo as regiões do Nordeste, Vale do Jequitinhonha e Vale do Ribeira, o programa foi estendido para todas as regiões brasileiras no ano de 2012. A avaliação do programa pelos dados inseridos até 2013 constatou que a implantação ocorreu de maneira diferente entre as regiões brasileiras. Há estados que já implantaram o programa em todos os municípios – Acre, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Roraima; estados que implantaram na maioria dos municípios – Ceará, Piauí, Rio

Grande do Norte, Sergipe e Pernambuco, e estados com baixa implantação nos municípios – Rondônia, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina. No estado do Paraná, o programa ainda não foi implantado. Além disso, a partir da ação Brasil Carinhoso, de 2012, a suplementação de vitamina A foi ampliada para 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil (DSEI). Os gestores dos DSEI foram capacitados sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – Vita A Mais – é hoje um programa que se estende para todo o Brasil. Sobre o programa, assinale a alternativa correta:

a) O Programa Nacional de Vitamina A consiste na suplementação preventiva com megadoses de vitamina A de 100.000 UI para crianças de 6 a 11 meses e com megadoses de vitamina A de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses, gestantes e puérperas.

b) A vitamina A é importante por ser utilizada nos processos visuais, no crescimento e sistema imune, reduzindo a gravidade das infecções. Ela também promove a recuperação mais rápida dos quadros diarreicos.

c) A reserva adequada de vitamina A reduz aproximadamente em 25% a mortalidade infantil, embora as crianças com HIV positivo não sejam igualmente beneficiadas positivamente por essa suplementação.

d) Tendo em vista os dados dos benefícios trazidos pela suplementação de vitamina A, é necessário que seja intensificada a ação para implantação do programa, especialmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde a cobertura é baixa.

e) As áreas mais desenvolvidas do país, como o estado de Santa Catarina, embora não tenham cobertura do programa, não apresentam necessidade de implantação do programa, visto que as condições de saúde de sua população são adequadas.

3. A deficiência de micronutrientes afeta uma em cada três pessoas no mundo, com destaque para as deficiências de ferro, vitamina A e iodo. As manifestações clínicas dessas doenças incluem morte materna e infantil, cegueira, retardo mental, anemia e afetam mais de meio bilhão de pessoas da população mundial. Além disso, há evidências de que a deficiência marginal desses micronutrientes traz prejuízos importantes tanto no crescimento como no desenvolvimento físico e intelectual da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 2011), em conformidade com as exigências da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006), tem como uma de suas diretrizes a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição. O Ministério da Saúde baseia suas ações de combate à carência de micronutrientes na suplementação com megadoses de vitamina A e suplementos de sulfato ferroso, na fortificação de alimentos, como as farinhas de trigo e milho, com ferro e ácido fólico, e na adição de iodo no sal para consumo humano.

Com relação às estratégias e ações para prevenção e combate às carências de micronutrientes no Brasil, assinale a alternativa correta:

a) A carência de micronutrientes está relacionada com a subnutrição e a desnutrição, e é uma das razões que levam as crianças abaixo de cinco anos de idade a óbito. No Brasil, as maiores carências de micronutrientes são de vitamina A, vitamina E e ferro.

b) A ingestão de alimentos fortificados garante a qualidade da alimentação, dispensando, na maioria das vezes, o consumo de frutas e vegetais.

c) A fibra alimentar é um dos nutrientes que estão em falta na dieta dos brasileiros atualmente. O consumo de farinhas de trigo e milho fortificadas poderá reverter esse quadro.

d) O consumo de sal de cozinha corretamente iodado garante que as necessidades de iodo da população sejam atendidas, retirando o bócio endêmico da lista de carências de uma parte dos municípios brasileiros.

e) A ingestão de cereais fortificados com ferro por lactentes faz com que a suplementação de sulfato ferroso por essas crianças não seja necessária.

Seção 3.3

Programas de promoção da alimentação infantil

Diálogo aberto

Caro aluno, dentro das ações de promoção de saúde de prevenção de doenças, o grupo materno infantil merece uma atenção especial, pois as intervenções feitas agora refletirão nas ações de saúde pública futuras. Hoje, convivemos com patologias graves que poderão ter sua ocorrência reduzida se essa população receber o atendimento adequado, permitindo que os indivíduos cresçam e se desenvolvam de forma saudável.

É importante destacar que esse grupo é bastante vulnerável e deve ter prioridade nos atendimentos sociais, de saúde, entre outros. Caso apresentem carências ou deficiências, elas irão refletir de maneira expressiva em toda a vida futura; por isso há grande preocupação com projetos e programas que procurem estabelecer metas e princípios para o seu atendimento, envolvendo intervenções desde o período gestacional.

Ao acompanhar os atendimentos recebidos por Joaquim e sua mãe na Unidade de Saúde e observar o trabalho dos agentes, Patrícia pôde perceber a necessidade de que as informações a respeito dos projetos e programas sejam mais divulgadas para a população em geral. A mãe de Joaquim, por exemplo, estava desinformada a respeito dos procedimentos necessários tanto no período pré-natal quanto após o nascimento do bebê. Uma das coisas que ela desconhecia era o Programa Nacional de Aleitamento Materno. Preocupada com essa situação, Patrícia reuniu todas as informações que julgou necessárias para repassar a ela. Você seria capaz de transmitir todo esse conteúdo? Após sua explicação, relacione o Programa Nacional de Alimentação Infantil com a Rede Cegonha.

Não pode faltar

Não é novidade entre a comunidade científica a informação de que os primeiros anos da criança são cruciais no seu processo de desenvolvimento. Alguns acreditam que esse período compreende os dois primeiros anos, já outros defendem que são os primeiros 100 dias. O que não se pode negar é que esse grupo merece todo cuidado e atenção no que diz respeito à saúde e alimentação, desde o período uterino (gestação).

Em busca de melhorar o perfil alimentar, nutricional e de saúde do já referido grupo, muitas políticas foram implementadas no Brasil ao longo dos

últimos anos, com ênfase no incentivo ao aleitamento materno. Embora a duração do aleitamento materno no Brasil tenha aumentado, ainda está aquém do desejado. Cerca de 60% das crianças menores de 6 meses já receberam outro tipo de leite, em especial o leite de vaca que, na maioria das vezes, é acrescido de farinha e açúcar. Em relação à duração do aleitamento, apenas 30% dura todo o prazo recomendado, que é até os 2 anos de idade. Além disso, existem muitos erros com relação à introdução da alimentação complementar, como a baixa ingestão de alimentos in natura e minimamente processados e a alta exposição aos ultraprocessados. Além disso, outros hábitos de vida contribuem para modificações negativas na alimentação, como o aumento do número de refeições fora de casa e a perda das habilidades culinárias pela maior parte das mulheres, que hoje se submetem a longas jornadas de trabalho e longos períodos de deslocamento entre o local de trabalho e as residências.

O reflexo dessa situação é que hoje temos no Brasil a dualidade do estado nutricional de crianças – de um lado a desnutrição ainda prevalente, embora suas taxas tenham diminuído, e do outro lado os índices crescentes de sobrepeso e obesidade infantis. Essa situação se apresenta ainda de forma mais grave, pois ambos os casos, tanto o baixo peso quanto o excesso de peso são acompanhados de carências de micronutrientes.

Com relação à carência de micronutrientes, o Brasil já possui estratégias de enfrentamento de grande parte delas, com destaque para a carência de ferro, vitamina A e iodo, atendidos pelos programas nacionais de suplementação e pela fortificação do sal de cozinha e das farinhas de trigo e milho. Caso tenha dúvidas com relação a esses programas, volte à seção anterior para relembrar.

A promoção da educação alimentar e nutricional no grupo infantil é orientada pelo Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002). A nova versão deste documento, atualizada, encontra-se em consulta pública para publicação. O objetivo desse documento é permitir e garantir às crianças seu Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), contribuindo para minimizar a insegurança alimentar e nutricional desse público no Brasil.

As orientações do Guia Alimentar são norteadas pelos seguintes princípios:

1. A saúde da criança como prioridade absoluta.
2. O ambiente familiar como espaço promotor da saúde.
3. A importância dos primeiros anos na formação dos hábitos alimentares.
4. O cuidado com a criança, que deve ser de responsabilidade de todos.
5. O acesso a alimentos adequados e saudáveis e informação de qualidade como forma de fortalecer a autonomia das famílias.

6. A alimentação como prática social.
7. A influência da diversidade brasileira na alimentação da criança.
8. A alimentação como forma de promoção de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis.
9. A autonomia da criança como forma de contribuir para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

De maneira geral, os programas de alimentação e nutrição são direcionados a crianças menores de dois anos. O início se dá com o incentivo ao aleitamento materno.

O leite materno é o primeiro alimento da criança. Embora o mercado disponha de fórmulas alimentares que tenham a quantidade de nutrientes semelhante ao de leite materno, não há produto que o substitua em qualidade, biodisponibilidade e digestibilidade. Só o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades do bebê, tanto nutricionais quanto psicológicas, por isso ele é um alimento insubstituível. Além de fazer bem à saúde do bebê e da mulher, promove o vínculo afetivo entre ambos e não tem custo, trazendo, inclusive, vantagem econômica. Atualmente a sustentabilidade é uma característica relevante, pois a produção de fórmulas industrializadas aumenta a produção de lixo e resíduos.

O leite materno é produzido por praticamente todas as mulheres que geram filhos. Logo após o parto a quantidade pode parecer pequena, mas é suficiente para o bebê e aumenta com o desenvolvimento da criança. Colocar o bebê para mamar na posição correta estimula o aumento da produção do leite. Em poucos e raros casos a quantidade de leite é insuficiente para o bebê, isso ocorre normalmente em casos em que a mulher apresenta alguma patologia ou quando o bebê não estimula a produção corretamente, seja por pouca sucção ou por pega inadequada. Existem algumas intercorrências ao processo de amamentar, mas elas podem ser evitadas ou amenizadas com uma orientação adequada da mãe e da família, antes mesmo do nascimento do bebê, durante o período pré-natal. Estão entre os problemas mais comuns a demora na descida do leite, especialmente em mulheres que fizeram parto via cesariana, a dificuldade do bebê em sugar, mamilos planos ou invertidos, mamilos machucados, ingurgitamento mamário, mastite, pouco leite ou hiperlactação. Todos esses casos requerem orientações específicas, mas não representam impeditivo para a amamentação exclusiva.

Algumas práticas podem facilitar o processo de amamentação, como cuidar da saúde da mulher e ter uma rede de apoio, o que pode garantir

tanto a saúde física quanto psicológica da mãe. Já outras podem prejudicar e devem ser evitadas, como oferecer outros tipos de leite para "complementar" o materno, dar mamadeira ou chupeta para o bebê, fumar ou tomar medicamentos por conta própria no período de amamentação e ingerir bebidas alcoólicas.

São poucos os casos em que a mulher não deve amamentar, mas entre eles podemos citar mães infectadas pelo vírus HIV ou em tratamento com medicamentos incompatíveis com a amamentação – alguns tipos de câncer – e mulheres usuárias de drogas ilícitas. Situações como uso eventual de radiofármacos ou drogas ilícitas e alguns tipos de infecção devem ter a amamentação suspensa, porém o processo pode ser retomado de acordo com a avaliação do profissional de saúde que acompanha essa mulher. A prática de amamentação cruzada (mãe que amamenta o filho de outra mulher) não deve ser estimulada, pois pode causar a transmissão de alguma patologia infectocontagiosa.

A introdução da alimentação complementar (evita-se o termo "desmame") deve ser iniciada a partir dos 6 meses de idade. O segredo é oferecer alimentos variados e evitar os alimentos industrializados e os que contêm aditivos – corantes e conservantes. Em especial devem ser evitados os alimentos ultraprocessados, que são os compostos basicamente ou quase exclusivamente de elementos processados. Atualmente, esses produtos são constantes na vida das crianças, na forma de iogurte com sabores e queijos tipo *petit suisse*, macarrão instantâneo, carnes processadas tipo *nuggets*, refrigerantes, bolachas recheadas, sorvetes, entre outros. Alimentos com alto teor de sal, gordura ou açúcar também devem ser evitados em qualquer idade, mas com maior veemência nos dois primeiros anos de vida. O mel, embora considerado um alimento natural, só deve ser oferecido após os dois anos de idade. Um cuidado especial deve ser dado ao teor de agrotóxicos e pesticidas nos alimentos, preferindo os de origem orgânica, sempre que possível. A orientação com relação à manipulação correta dos alimentos é de extrema importância, desde a aquisição, passando pelo preparo até o armazenamento.

A introdução lenta e gradual dos alimentos, de maneira diversificada, respeitando a fome e a saciedade da criança, favorece a aquisição de um hábito alimentar adequado, com oferta de todos os nutrientes necessários. É importante que a evolução de consistência seja gradual, de acordo com o desenvolvimento motor e erupção de dentes da criança. Deve-se evitar alimentos liquidificados e peneirados. Os sucos devem ser oferecidos eventualmente, preferindo a oferta das frutas raspadas, na forma de purê ou em pedaços. É importante que a criança seja exposta ao sol, que ela tenha rotina alimentar e que os novos alimentos sejam oferecidos

constantemente, pois ela nem sempre vai gostar do alimento na primeira vez que experimenta. A saúde oral precisa ser estimulada, pois mesmo antes da erupção dos dentes a boca já está exposta à contaminação bacteriana.

Crianças prematuras, com necessidades especiais motoras, fisiológica ou metabólicas, devem receber atenção diferenciada, para que também adquiram um hábito alimentar adequado.

Como forma de orientar e estimular as ações de aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar saudável, em 2015 foi divulgado o primeiro manual para Implementação da **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável** no Sistema Único de Saúde (SUS). A recomendação da Organização Mundial de Saúde é que o aleitamento materno exclusivo seja realizado até os seis meses de idade e que a amamentação, juntamente com a alimentação regular, seja realizada até os dois anos de vida da criança ou mais. A introdução dos alimentos sólidos de forma correta e no tempo oportuno colabora para a formação dos bons hábitos alimentares. O aleitamento materno possui incontáveis vantagens, entre as quais citamos a proteção contra doenças de caráter infeccioso, diarreias, pneumonias, infecções de ouvido e alergias, promoção do aumento do vínculo materno e desenvolvimento do sistema nervoso. Para as mães que amamentam também existem vantagens, destacando-se a facilidade do retorno ao peso pré-gestacional e a prevenção do câncer de mama.

Mesmo com todas as vantagens já comprovadas, o aleitamento materno no Brasil possui números inferiores aos desejados. Os dados de pesquisas mais recentes mostram uma prevalência de 54,1 dias de aleitamento exclusivo, contra os 180 recomendados pela Organização Mundial de Saúde. No caso da amamentação, foram obtidos dados que mostram a duração de 11,2 meses, contra os 24 recomendados. Além disso, grande parte das crianças usam mamadeira ou chupeta, e muitas também recebem água, chá e outros leites nos primeiros meses de vida. No que diz respeito à alimentação complementar, pode-se observar que crianças menores de um ano de idade já consomem refrigerante e café, além da observação da introdução precoce dos alimentos – antes dos seis meses de vida. Além disso, menos de 50% das crianças menores de 6 anos consomem diariamente frutas e vegetais (BRASIL, 2015).

Assimile

Também com o objetivo de promoção do aleitamento materno e implementação da alimentação complementar de qualidade, foi instituída no Brasil a **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para**

Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Protetores de Mamilo (NBCAL).

A NBCAL é um conjunto de leis que normatizam a comercialização de alimentos e produtos de puericultura. Por meio dessas leis, são estabelecidas algumas mensagens obrigatórias nos produtos. **Bico, chupetas e mamadeiras:** "O Ministério da Saúde adverte: A criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica o aleitamento materno". **Protetores de mamilo:** "O Ministério da Saúde adverte: O uso de protetor de mamilo prejudica a amamentação". **Fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes:** "AVISO IMPORTANTE: Este produto somente deve ser usado na alimentação de crianças menores de um ano de idade com indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e fortalece o vínculo mãe e filho". **Fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e Leite Modificado de origem animal ou vegetal:** "AVISO IMPORTANTE: Este produto não deve ser usado para alimentar crianças menores de um ano de idade. O aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os dois anos de idade ou mais. **Leite desnatado e semidesnatado, com ou sem adição de nutrientes essenciais:** "AVISO IMPORTANTE: Este produto não deve ser usado para alimentar crianças, a não ser por indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os dois anos de idade ou mais. **Leite Integral e similares de origem vegetal ou mistos, enriquecidos ou não:** "AVISO IMPORTANTE: Este produto não deve ser usado para alimentar crianças menores de um ano de idade, a não ser por indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e deve ser mantido até a criança completar dois anos de idade ou mais. **Alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes e ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para alimentação de lactentes e crianças de 1ª infância:** "O MINISTÉRIO DA SAÚDE ADVERTE: Este produto não deve ser usado para crianças menores de 6 (seis) meses de idade, a não ser por indicação expressa de médico ou nutricionista. O aleitamento materno evita infecções e alergias e é recomendado até os 2 (dois) anos de idade ou mais".

A comercialização e a exposição desses produtos também têm recomendações específicas. São proibidas promoções comerciais, exposição e apresentação especial para os seguintes: mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo; fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis

de seguimento para lactentes; fórmulas de nutrientes apresentadas e/ou indicadas para recém-nascido de alto risco. Já no caso de fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e leites fluidos; leite em pó; leites modificados e similares de origem vegetal; alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes e ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou apresentados como apropriados para alimentação de lactentes e crianças de 1ª infância, podem ter promoções comerciais e apresentações especiais, desde que se faça uso dos destaques obrigatórios, conforme o caso.

Como forma de tentar melhorar esses dados e reverter a situação, existem dois programas de destaque no Brasil: a Rede Cegonha e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada da gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, visa assegurar às crianças direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha possui quatro componentes: (I) pré-natal, (II) parto e nascimento, (III) puerpério e atenção integral à saúde da criança e (IV) sistema logístico – transporte sanitário e regulação. A adesão à rede está prevista para o Distrito Federal e um conjunto de municípios identificados na Portaria GM/MS nº 2351/2001. Caso o objetivo seja a adesão aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, são previstas duas formas de adesão – a adesão facilitada, para os municípios que não foram contemplados na portaria citada acima e não aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), e a adesão integrada, para os municípios que aderiram ao PMAQ, previstos ou não na portaria.

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é o resultado da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Enpacs). As ações da estratégia são estimuladas pela Coordenação Geral de Alimentação e pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ambas do Ministério da Saúde. O intuito é fazer parcerias com os estados e municípios, por meio das secretarias de saúde, e colaborar com as iniciativas para atenção integral da saúde das crianças. A proposta é trabalhar com um processo educativo, formativo e de práticas de saúde compartilhadas, com base em uma metodologia crítica e reflexiva.

Os objetivos gerais são qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno

e da alimentação complementar de qualidade como atividade de rotina nas UBS. Como objetivos específicos, podemos citar a contribuição para a redução das práticas desestimuladoras da amamentação e da alimentação saudável nas UBS, a contribuição para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, a contribuição para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade, a contribuição para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os dois anos de idade ou mais, a contribuição para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente, a contribuição para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente, a contribuição para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados antes dos dois anos de idade, a contribuição para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição das deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

Dentro da Estratégia, cada esfera da gestão tem as suas responsabilidades e todas elas são encarregadas da divulgação, alocação de recursos orçamentários, publicação dos resultados avaliativos e articulação entre as esferas de governo. Cabe ao Governo Federal, na pessoa do Ministério da Saúde, fornecer apoio técnico aos estados, elaborar materiais de capacitação e apoio, capacitar profissionais multiplicadores, disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, certificar as UBS que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. Às secretarias estaduais compete: coordenar a Estratégia em âmbito estadual, formar tutores em seus municípios, fornecer apoio técnico aos municípios, monitorar a implementação e auxiliar no processo de certificação das UBS, além de orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica. Finalmente, compete às secretarias municipais coordenar a Estratégia no âmbito municipal, selecionar os tutores responsáveis pelas oficinas de trabalho, fornecer apoio técnico às UBS, orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica, monitorar a implementação da Estratégia nas UBS, apoiando-as na viabilização do projeto. A Estratégia será considerada implementada assim que se alcançarem os objetivos e se cumprirem as metas, que são: formação dos facilitadores, formação dos tutores, realização das oficinas de trabalho nas UBS, acompanhamento nas UBS, monitoramento e certificação.

A Estratégia denomina **facilitadores** os profissionais responsáveis por conduzir as atividades e dar apoio técnico na formação de tutores. Eles podem ser facilitadores nacionais (formados pelo Ministério da Saúde em 2012), facilitadores estaduais (representantes ou indicados das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição e Saúde da Criança e responsáveis por formar os tutores da Estratégia em seus âmbitos de atuação) e facilitadores municipais (representantes ou indicados das Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição e da Saúde da Criança responsáveis por formar os tutores da Estratégia em seus

âmbitos de atuação). As atribuições dos facilitadores são: auxiliar na organização e na condução das oficinas de formação de tutores; fomentar a articulação entre as coordenações de alimentação e nutrição e de saúde da criança nos âmbitos locais; encorajar a participação integral de todos nas ações propostas e desenvolvidas; favorecer a escuta ativa; clarear objetivos e agendas; ajudar o grupo a se entrosar e a funcionar de acordo com seu papel. Os facilitadores devem ser selecionados de acordo com os seguintes critérios: ter nível superior, ter disponibilidade de tempo para replicar a oficina nos estados e municípios, ter experiência em aleitamento materno e/ou alimentação complementar e experiência em metodologias ativas (sendo tutor da Rede Amamenta ou do Enpacs), ter habilidade para conduzir práticas educativas e participar integralmente da oficina de formação de tutores da Estratégia.

Reflita

O Brasil tem progredido muito no que diz respeito à legislação de proteção e incentivo ao aleitamento materno. Ainda assim, os números estão muito aquém do desejado pelas Organizações Internacionais de Saúde. Na sua opinião, quais os principais entraves para o pleno desenvolvimento do aleitamento materno no Brasil?

Os tutores são considerados os pilares da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e devem contribuir com o planejamento e acompanhamento das ações, bem como auxiliar no fortalecimento da promoção, proteção e do apoio ao aleitamento materno e à alimentação saudável nas UBS, de forma contínua, com base na educação permanente e com princípios da educação crítico-reflexiva. São atribuições dos tutores: conhecer o território e as atividades das UBS; realizar as oficinas de trabalho nas UBS; discutir a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar no contexto do processo de trabalho das UBS; apoiar a elaboração e implementação de um plano de ação para a promoção, proteção e apoio aos objetivos da Estratégia; fomentar a articulação intersetorial das ações nos territórios; apoiar a elaboração de um protocolo que sistematize, detecte e documente a atenção às crianças menores de 2 anos e sua família; apoiar a implementação e o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica; acompanhar a avaliação externa e a autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ); acompanhar e apoiar o desenvolvimento das ações planejadas. A formação dos tutores é feita nas oficinas de formação de tutores, que recebe o convite da coordenação da Estratégia em âmbito local. O tutor deve ter nível superior e disponibilidade para desempenho de suas funções, assim como experiência em amamentação e/ou alimentação complementar. É desejável também que atue na Atenção Básica e seja inserido na Rede de Atenção.

O último passo do processo de implementação é a Certificação das Unidades Básicas de Saúde, que será oferecida em dois casos: para as unidades que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) e para as equipes que não fazem parte do Pmaq. Mesmo após a certificação, a unidade deve ser avaliada e monitorada quanto aos resultados da Estratégia.

Sem medo de errar

A vulnerabilidade do grupo infantil dentro da saúde pública tanto é reconhecida que existem vários programas que agem como medidas de promoção da saúde e prevenção de patologias dentro desse grupo. Os próprios programas de transferência de renda têm como foco as famílias com crianças, e os programas de suplementação de nutrientes cobrem também a essa população. Da mesma forma são colocados os programas de atenção integral ao grupo materno infantil. Com o objetivo de estabelecer e fortalecer a rede de promoção da saúde do grupo infantil especificamente, o Brasil tem tomado uma série de medidas. Entre essas medidas está a promulgação da Estratégia Nacional de Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável no SUS. Essa estratégia estabelece normas de operacionalização específicas para que as gestantes sejam atendidas durante o pré-natal, no sentido de preparação para o aleitamento materno, e que no pós-parto essa orientação seja de qualidade, de forma a estimular o aleitamento materno exclusivo, o aleitamento complementado até os dois anos e a introdução correta da alimentação complementar. Se a mãe de Joaquim se propuser a integrar a estratégia, o que é altamente recomendado, há grandes chances de a saúde do irmão de Joaquim ser protegida após seu nascimento. Dentro da Estratégia, a mãe será estimulada a realizar o aleitamento materno exclusivo, e conhecerá todas as vantagens e benefícios que essa prática pode trazer para ela e para Joaquim. Suas dúvidas serão esclarecidas e os possíveis problemas têm grandes chances de serem solucionados. A criança deverá ser inserida nos programas de suplementação de micronutrientes, mas um programa não exclui a participação da criança em outro. Inclusive a mãe terá mais chances de manter o Joaquim nos programas, pois haverá a necessidade de trazer o novo bebê para seus atendimentos. Em pouco tempo Joaquim, sua mãe e seu novo irmão estarão integrados à Rede Cegonha, com possibilidade real de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos mesmos, que estenderão benefícios para toda a família.

Avançando na prática

Reflexos da introdução incorreta da alimentação complementar – como reverter essa situação?

Descrição da situação-problema

Joaquim já tem 4 anos e uma alimentação nada saudável. Sua mãe o amamentou exclusivamente por apenas poucos dias, pois logo introduziu chá na mamadeira. Logo nos primeiros meses da introdução da alimentação complementar, já comia farinhas e produtos industrializados com muito açúcar simples, como iogurte tipo *petit suisse* e cereais matinais açucarados, sempre que a condição financeira permitia. Agora, que seus irmãos mais velhos foram diagnosticados com excesso de peso e ele e sua mãe com anemia, a família começou a receber mais informações sobre a importância da boa alimentação na saúde. Sua mãe, entretanto, está preocupada, porque Joaquim não aceita novos alimentos, não gosta de frutas e vegetais e não se alimenta em horários regulares. Por ele ter apenas 4 anos, ela acredita que não conseguirá mudar seus hábitos, e pergunta: como é possível a mudança de hábitos em criança nessa faixa etária?

Resolução da situação-problema

Em qualquer momento da vida é possível a modificação do comportamento alimentar e dos hábitos alimentares, desde que sejam aplicados os métodos corretos. Para o processo de reeducação alimentar de Joaquim, deverão ser utilizados alguns dos princípios da introdução da alimentação complementar. Em primeiro lugar, avaliar o ambiente e modificar o que for necessário: deixar de comprar alimentos pouco saudáveis, como os processados e ultraprocessados, e comprar mais alimentos *in natura* ou minimamente processados. Todos os outros familiares deverão aderir à proposta de reeducação alimentar para que sejam exemplos para o Joaquim. É importante que os alimentos saudáveis estejam presentes na rotina da família. Em segundo lugar, estabelecer uma rotina alimentar, com horários definidos. No momento das refeições, todos os familiares presentes em casa devem estar à mesa. Terceiro, variar o preparo dos alimentos e oferecer sempre novas opções para Joaquim experimentar. Mesmo que ele não aprecie o alimento a princípio, ele deve ser oferecido várias vezes, não seguidamente, mas alternadamente, até que o paladar esteja definido. Outra observação importante é a redução de açúcar e sal nas refeições, para que o verdadeiro sabor dos alimentos seja sentido. Evitar sucos, preferindo as frutas e estimular que a família cozinhe as suas refeições em casa, evitando *fast foods* e comidas prontas.

Faça valer a pena

1. A importância de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis desde os primeiros anos de vida é reconhecida internacionalmente. No Brasil, várias iniciativas surgiram com o propósito de reposicionar a agenda das políticas públicas do setor de saúde e, entre elas, destaca-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Com o mesmo propósito de reforçar a saúde e alimentação do grupo infantil, surgiram a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Entretanto, apesar do reconhecimento da importância das estratégias e dos esforços despendidos no sentido de sua implementação, importantes limitações têm sido observadas. Os programas de alimentação e nutrição são historicamente marcados por avanços e retrocessos, de acordo com o que cada governante assume como diretriz de governo. Isso gera descontinuidades e subnotificação dos dados nos sistemas de informação. Para que isso não aconteça, as diretrizes e objetivos devem ser respeitados, independente da vertente política e social dos governantes, o que historicamente também não é característico do Brasil.

No que diz respeito à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, assinale a alternativa correta com relação aos seus objetivos e intenções:
a) Melhorar o perfil nutricional das crianças, diminuindo exclusivamente a desnutrição e as carências de micronutrientes.
b) Estimular a amamentação exclusiva até os quatro meses de idade.
c) Estimular que o aleitamento materno continue até um ano de idade.
d) Estimular a introdução de alimentos saudáveis a partir de quatro meses de idade, como regra.
e) Desestimular práticas que contribuam para a introdução precoce de alimentos, como propagandas de produtos que possam interferir na alimentação saudável de crianças menores de dois anos.

2. A Rede Cegonha é um pacote de ações com o propósito de garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. Ela busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelo pré-natal, parto, puerpério, até os dois anos de vida da criança. O atendimento e o acompanhamento devem ser oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são estruturados a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; além do sistema logístico, que se refere a transporte sanitário e regulação. A Rede Cegonha oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção de sífilis e HIV, para ampliação de qualificação de leitos de UTI adulto e neonatal, leitos de gestação de alto risco e adequação da ambiência das maternidades e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas, conforme critérios definidos pelas portarias e pactuações das Comissões Intergestoras Regionais. Entre os seus objetivos, encontram-se

a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal e organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.

Com relação às diretrizes da Rede Cegonha, enfatizando a promoção da implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, assinale a alternativa correta:
a) Acolhimento a partir do parto, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade.
b) Vinculação da gestante à unidade hospitalar mais próxima, para o caso de intercorrências na gestação.
c) Atenção à saúde das crianças nascidas com problemas decorrentes de parto ou carências nutricionais.
d) Acesso às ações de planejamento reprodutivo.
e) Promoção da implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher, com foco no parto e puerpério.

3. O Guia Alimentar Brasileiro para crianças menores de 2 anos recomenda que a criança seja amamentada por 2 anos ou mais e que nos 6 primeiros meses ela receba somente leite materno. Essa prática é chamada amamentação exclusiva. Nenhum outro tipo de alimento precisa ser dado ao bebê, nem água, chás ou sucos e outros leites, muito menos papinhas ou mingaus. Isso se aplica inclusive a regiões quentes, pois o leite materno fornece toda a água de que o bebê precisa. A oferta de sucos e outros alimentos antes dos 6 meses, além de não ser necessária, pode ser prejudicial, pois interfere na formação do hábito alimentar, pode aumentar o risco de a criança ficar doente por interferir na absorção de nutrientes importantes que existem no leite materno, como o ferro e o zinco. Quanto ao tempo máximo para amamentação, não existe limite de idade. Apesar do "senso comum" dizer que crianças acima de um ou dois anos são "muito grandes para mamar", a amamentação pode durar enquanto for desejada pela mulher, desde que não haja prejuízo de nenhuma ordem para ambos.

O aleitamento materno, exclusivo ou complementado, oferece inúmeras vantagens para a mãe e para o bebê. Assinale a alternativa correta com relação às vantagens do aleitamento materno:
a) Proteção contra infecções no bebê de maneira geral, diarreia, pneumonia e otite.
b) Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, no caso da amamentação exclusiva.
c) Melhora da saúde da mulher, como a redução do risco de câncer de mama, de ovário e de endométrio; de hipotireoidismo e de diabetes tipo 2.
d) Vantagens econômicas, pois embora o custo das fórmulas infantis seja muito

baixo, o leite materno ainda consegue ser mais barato.
e) Aumento dos resíduos recicláveis, pois o uso de fórmulas infantis produz os resíduos facilmente reaproveitáveis.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos – **Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília – DF, 2009.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Manual de Implementação. Brasília – DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_criancas_menores_2anos.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

EINLOFT, A. B. N.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 23, n. 1, p. 61-72, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0061.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Norma Brasileira para comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: bicos, chupetas e protetores de mamilo. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.alimentos.uff.br/sites/default/files/NBCAL.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL; ARANHA A. V. (Org.). Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Fome Zero:** Uma História Brasileira. Brasília – DF: Assessoria Fome Zero, 2010. Disponível em: www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Fome%20Zero%20Vol1.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação. **Caderno de Legislação do PNAE 2018. Brasília – DF, 2018.** Disponível em: https://www.fnde.gov.br/programas/pnae/pnae-area-para-gestores/pnae-manuais-cartilhas/item/12094-caderno-de-legisla%C3%A7%C3%A3o-2018. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual do Programa Restaurante Popular.** Brasília – DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_logico_restaurante_popular.pdf. Acesso em 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Nota técnica sobre o **Programa Brasil Carinhoso.** Brasília, 2012. Disponível em: https://docplayer.com.br/74699805-Nota-tecnica-sobre-o-programa-brasil-carinhoso.html. Acesso em: 5 fev. 2019.

CAMPELLO, T.; FALCÃO, T.; COSTA, P. V. da (Org,). O Brasil sem Miséria. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.mds.

gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/livro_obrasil-semmiseria.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). O Programa Fome Zero: uma década de inclusão e cidadania. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10anos.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.** Vitamina A Mais, Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de Ferro. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília, 2005. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro.pdf. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica:** carência de micronutrientes. Brasília: 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_carencias_micronutrientes.pdf. Acesso em: 6 fev. 2019.

Unidade 4

Tecnologias para análise de dados em saúde e nutrição

Convite ao estudo

Oferecer assistência em saúde a toda a população brasileira é um dever do Estado, e é direito de todos receber assistência conforme a sua necessidade, considerando que cada um tem a sua particularidade em termos de saúde. Por esse motivo, a assistência primária, que é oferecida aos pacientes na rede pública de saúde, deve ser constantemente avaliada, para verificar se as necessidades da população estão sendo atendidas. É preciso saber se as doenças estão sendo tratadas, mas, não menos importante, é preciso verificar se as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças estão sendo realizadas de forma efetiva. A partir do momento em que houver um processo de promoção da saúde e prevenção de doenças realmente eficiente, as ações curativas serão apenas pontuais. Um meio de se verificar o alcance e o resultado dessas ações são os indicadores de saúde. No caso das ações de Alimentação e Nutrição, uma das formas de avaliar isso é por meio da classificação nutricional da população, que engloba, entre outros fatores, aferição de peso e altura. O registro de ações nos cartões de vacinação das crianças e o preenchimento do cartão das gestantes auxiliam nesse registro de dados. Em um segundo momento, quando há volume de dados registrado, é possível emitir relatórios para se conhecer a realidade que está sendo trabalhada. Os programas de análise de dados são bem úteis nesse momento. A coleta de dados por via eletrônica ainda não é a realidade do Brasil, em virtude de uma série de fatores, entretanto, é possível elaborar os formulários, fazer a inserção de dados manualmente e, em seguida, compilar e analisar os dados. E assim, a partir de uma análise direcionada dos dados coletados, é possível verificar o perfil nutricional da população, avaliando a efetividade dos programas, das políticas, dos planos e projetos. Dessa avaliação surgirão propostas, que podem ser de mudança ou de continuidade das ações que estão sendo executadas. Convidamos você, aluno e futuro profissional da saúde, a conhecer e se aprofundar em um desses programas de análise dados, muito usado na área da saúde: o Epi Info. A simples apresentação do programa já mexerá com a sua curiosidade, e tenho certeza de que você irá querer conhecer cada vez mais as ferramentas que este programa tem e todos os dados que ele pode oferecer.

Seção 4.1

Tecnologias para análise de dados em saúde e nutrição

Diálogo aberto

Promover a saúde de determinada população, prevenindo o aparecimento de doenças e tratando as que eventualmente já existam, exige um planejamento detalhado para composição de um plano de ação que possa atender a todas as necessidades dessa população.

Durante todo o seu estágio, Patrícia conheceu e mergulhou fundo em várias legislações, políticas e programas em saúde pública, com o objetivo de conhecer todas as possibilidades de trabalho e ação para a população adscrita à área de abrangência da unidade de saúde na qual ela estava estagiando. Aparentemente, depois de todo um trabalho de conscientização por parte da equipe gestora e dos profissionais de campo, com a ajuda da própria Patrícia, grande parte dos usuários conhece e está utilizando os programas de atenção básica que são oferecidos. Patrícia gostaria de fazer um levantamento do perfil de saúde atual da população adscrita, para verificar se são esses mesmos os programas que atendem a esse público, já que, devido à extensão territorial e populacional do Brasil, é impossível trabalhar com as mesmas ações em todas as regiões e cidades. Para auxiliá-la no registro e avaliação dos dados, sua supervisora de estágio falou sobre um programa chamado Epi Info, que poderia ser usado para o levantamento e a apresentação desses dados. Agora, Patrícia precisa conhecer o programa e descobrir como usá-lo em favor da atuação dos profissionais de saúde no atendimento à população. Ajude-a nessa tarefa! Descreva o que é esse programa, suas características e como montar uma ficha de inserção dos dados que ela deseja avaliar na população.

Não pode faltar

O avanço dos meios de comunicação e da tecnologia nos faz crer que estamos na "era da tecnologia". E essa tecnologia está espalhada por todos os lugares, desde as residências mais humildes até as mais suntuosas. E não há forma de se negar o uso dela nos serviços de saúde. Na atenção especializada, o reflexo da tecnologia pode ser visto no avanço em relação à cura, à prevenção e ao tratamento de doenças, com cirurgias, medicamentos e vacinas. E mesmo na atenção básica, que é a atenção à saúde que atinge as residências mais humildes, podemos ver o uso da tecnologia. É claro que, mesmo tendo avançado em termos de inovação tecnológica, o Brasil

não tem capacidade econômica e social para oferecer o mesmo acesso a toda a população, graças à tão famosa "desigualdade social". Dessa forma, ainda deixamos a desejar no quesito tecnologias na atenção básica à saúde. Precisamos entender que a tecnologia vai além dos procedimentos cirúrgicos e do uso do celular, ela pode ser vista em vários lugares: nos medicamentos, nas vacinas e nos suplementos que são oferecidos à população; nos procedimentos técnicos e cirúrgicos utilizados nos tratamentos; nos quartos de hospital, UTIs e até mesmo nos equipamentos que permitem que o paciente fique no conforto do seu lar recebendo auxílio médico e terapêutico; nos programas de coleta e registro de informações, os quais possibilitam que os dados de todos os pacientes atendidos e procedimentos realizados fiquem armazenados e disponíveis para quem quer que precise da utilização dessas informações. Mas, é preciso gerar informação de qualidade para que possamos enxergar para onde estamos indo, pois registrar informações sem saber qual a sua utilização pode gerar insatisfação ou mesmo retrabalho. Para que isso não aconteça, é necessário registrar todas as ações, programas, planos, atendimentos, em qualquer nível, de maneira organizada, planejada e sistematizada, para que o sistema de informações seja capaz de dizer como está a saúde em cada município brasileiro.

Reflita

Acabamos de fazer uma breve explanação sobre a importância da integração da tecnologia com a saúde. Você acredita que os municípios brasileiros utilizam as tecnologias em favor da promoção da saúde, com todas as suas potencialidades? Você conseguiria descrever três situações que impedem que essa seja a realidade dos municípios brasileiros?

Existem alguns programas com o objetivo de levantar e analisar dados em saúde, como o Stata, Epi Info e WesVarPC.

O **Epi Info** é um pacote que contém uma série de programas desenvolvidos pelo governo norte-americano, com o objetivo de ser utilizado como um banco de dados para profissionais de saúde que lidam com investigação de epidemias, vigilância de saúde pública, entre outros. Por meio desse conjunto de programas, é possível personalizar várias informações, criar questionários para entrada de dados, bem como gerenciar e analisar bancos de dados.

E quais são as vantagens do Epi Info frente a outros programas? Principalmente, o fato de ser gratuito e de domínio público. Ainda que o Stata e o WesVar permitam análises mais completas, o Epi Info possibilita a

criação e análise de bancos de dados diversos. Caso a necessidade seja muito complexa, o pesquisador ou profissional de saúde deverá arcar com os custos dos outros programas.

Apresentando o Epi Info

A história da utilização da tecnologia de processamento de dados a favor dos serviços de saúde pode ser considerada recente, pois data de meados do século passado. Os primeiros programas de computação exigiam que os próprios programadores inserissem os dados no computador, o que restringia o trabalho à sua disponibilidade. Os programas eram bastante limitados e inflexíveis. A discussão em torno do Epi Info teve início em 1976, no Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) do governo norte-americano, no auge da crise da gripe suína. A reivindicação era que um programa fosse capaz de ser alimentado pelos próprios epidemiologistas, e não por programadores. Conseguinte a essa discussão, a primeira versão do Epi Info foi lançada em 1985, com o nome de "Sistema de Análise Epidemiológica". Esse programa foi criado na linguagem DOS e era composto por três comandos, os quais eram digitados diretamente no monitor. O resultado dos dados inseridos resultava apenas em tabelas simples de contingência, sem estatística. O nome utilizado foi Enter Info. Em pouco tempo, o nome do programa foi alterado para Epi Info. A segunda versão contava com um manual bem mais extenso, com menu de navegação com cursor, processador de textos para a criação de questionários, calculador epidemiológico e programa para juntar banco de dados, e assim começa a oferecer resultados estatísticos.

Mais uma versão do programa foi lançada e, a partir da quarta versão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou um processo de colaboração com o CDC. Essa participação da OMS fez com que o programa fosse reconhecido internacionalmente. A sua sexta edição, lançada em 1992, foi a mais popular, e é usada até hoje, mesmo com outras versões já inseridas no mercado. O alcance do programa se tornou bastante grande porque o seu download foi disponibilizado em uma página da internet. No ano 2000, a tecnologia do Epi Info foi transportada para o Windows, tornando-o mais popular e mais acessível do que antes.

Atualmente, o Epi Info é escrito em programação *Visual Basic* e usa o formato de arquivo Microsoft Acess (.mdb). Entretanto, outros formatos de arquivos podem ser lidos, analisados, importados ou exportados pelo programa (BÓS, 2012).

Para conseguir o Epi Info, o pesquisador deve acessar o site do CDC, que sempre disponibiliza a versão mais atual do programa. Recomenda-se a utilização da opção "*Download Setup.exe*", baixando o programa completo

de instalação. O programa ocupa, pelo menos, 70 Mbit de espaço do computador. É importante ter uma pasta para salvar e armazenar os arquivos que são baixados da internet.

É necessário falar sobre todos os componentes do Epi Info, uma vez que o último objetivo de aprendizagem é a elaboração de um estudo crítico a partir da análise de dados estatísticos utilizando o programa. Na sua apresentação, os componentes do Epi Info são divididos em componentes de tela e componentes de menu. Os componentes de tela são aqueles que aparecem no momento que você abre o programa: *Make View* (Criar Ficha); *Enter Data* (Entrar Dados); *Analyze Data* (Analisar Dados); *Create Reports* (Criação de Relatório); e *Create Maps* (Criar Mapas). Os componentes de menu estão localizados na barra de menu na janela do programa. Eles possuem funções de configuração, programas, edição da imagem e utilitários. Observe que, no menu Ajuda (*Help*), há dois programas de treinamento: um tutorial e exercícios (BÓS, 2012).

Assimile

O Epi Info possui algumas convenções tipográficas que são identificadas ao longo da sua utilização. Veja a seguir:

Convenção	Descrição
Negrito	Enfatiza cabeçalhos e alguns itens no processo de leitura: nomes de opções e lementos que aparecem na tela e estão envolvidos em alguma ação.
Itálico	Destaca palavras ou frases que têm siginificado especial ou que estão sendo definidas.
`Courier New`	Usada para codificar amostras
Hiperlink ou **URL**	Hiperlinks e URL devem estar sublinhados e escritos em azul.
File > Print	Usada para identificar a escolha de menu ou seleção de comando.

Os componentes de menu (BÓS, 2012)

Menu *Edit* (Editar) – possui comandos que permitem personalizar a tela do programa. O primeiro é o *Picture*, que altera a tela do fundo do Epi Info; o segundo é o *Edit this menu*, que altera todos os comandos e arquivos gerenciados pelo programa, portanto, é recomendado não alterá-lo; o terceiro é o *Bottons on or off*, que apenas esconde ou mostra os botões de programas na tela; e o quarto é o *Move/ Resize Button <shift F2>*, cuja função é tão somente alterar a posição e o tamanho dos botões dos programas de tela, o que permite que destaquemos os botões mais utilizados em determinado momento e deixemos escondidos os botões que não serão ou não deverão ser utilizados.

Menu *Settings* (Configurações) – além de permitir alterar a linguagem do programa, também oferece outras configurações úteis, tais como:

- *Choose Epi Info®Database Version*: permite alterar a versão do arquivo de MS ACCESS 2000 para 97.
- *Set Working Directory*: permite que outro diretório seja utilizado para o trabalho.
- *Set INIFile Directory*: modifica o local desse programa, que é o que estabelece algumas instruções iniciais do Windows.

Menu Utilities (Utilidades)

- *StatCale*: faz cálculos estatísticos interativamente.
- *Datacompare*: compara dois bancos de dados e descreve a diferença.
- *Table-to-View*: cria uma ficha para uma tabela já existente.
- *Visualize Data*: compacta e corrige o arquivo do banco de dados.
- *EpiLock*: codifica ou comprime um arquivo.
- *Compact*: compacta o banco de dados.
- *Word Processor*: processador de texto, como o WordPad.

Dentro do programa, existem algumas convenções e regras de sintaxe que são aplicadas. Veja no box a seguir:

Exemplificando

Sintaxe	Explicação
LETRAS MAIÚSCULAS	Comandos e palavras reservadas aparecem em letras maiúsculas.
<parâmetro>	Informação a ser submetida a um comando ou função, o parâmetro está entre os sinais de “maior que” e “menor que”. Cada parâmetro é descrito em seguida da declaração de sintaxe de comando. Os parâmetros são necessários, a menos que sejam inseridos em colchetes {}. Não inclua os símbolos <> ou {} nesse código.
[<variável(is)>]	Chaves envolvendo o parâmetro indicam a possibilidade de mais de um parâmetro.
{<parâmetro>}	Colchetes envolvendo um parâmetro indicam um parâmetro opcional. Não inclua os símbolos <> ou {} nesse código.
|	O símbolo | indica uma escolha e, normalmente, é usado com parâmetros opcionais.
*	Um asterisco no início de uma linha de código indica um comentário.
“ “	Aspas cercam textos com valores.

Sem medo de errar

Conhecer um programa para registro e análise de dados populacionais e, mais especificamente, de nutrição, deixou Patrícia muita animada. Existem outros programas que trabalham com isso, mas o Epi Info, que foi desenvolvido pelo governo norte-americano, é o mais utilizado. Em primeiro lugar, porque é um programa gratuito, que pode ser baixado diretamente do site do CDC (www.cdc.gov). O uso do programa é relativamente simples, porém exige que os passos sejam conhecidos. No próprio site onde se obtém o programa, os manuais estão disponíveis, inclusive, com uma versão em português. Para a sua utilização, basta seguir o seguinte caminho: instalar o programa a partir do download no site indicado. Depois de instalado o programa, acionar a versão em português, cujo botão (*translation*) está disponível na página de entrada do site. A partir desse momento, as ações devem ser: elaborar formulário, incluir dados e analisar dados. Esses passos serão dados por Patrícia a partir daqui, pois ela já criará um banco de dados com as informações que coletou ao longo do seu estágio. Ela percebeu que a utilização do Epi Info em ações de alimentação e nutrição é bastante viável, e ficou muito animada, pois poderá extrair diversos relatórios, os quais darão embasamento e força para as solicitações relativas à alimentação e nutrição do seu público e da área adscrita pela unidade de saúde que está estudando.

Avançando na prática

Como elaborar uma apresentação de dados epidemiológicos como justificativa para recursos humanos e verbas?

Descrição da situação-problema

Patrícia está finalizando seu estágio e precisa apresentar os dados que coletou em forma de estudo de caso. Ela também já conhece o programa Epi Info e acredita que este seja o melhor para inserir os dados, emitir os relatórios e apresentar ao corpo docente do seu curso de graduação e preceptores que trabalham na unidade de saúde. Qual tipo de apresentação ela deve elaborar para que sua justificativa, com relação à necessidade de mais verbas e recursos humanos na unidade de saúde e área adscrita, seja convincente?

Resolução da situação-problema

O programa Epi Info possui uma série de funcionalidades, as quais permitirão essa apresentação por parte de Patrícia. Avançando um pouco mais no

conteúdo desta unidade, os alunos verificarão como é feita a construção de um banco de dados (iniciando com o make view) e quais são as formas de apresentação dos resultados obtidos e emitidos pelos relatórios. A apresentação em forma de gráficos (make graph) e tabelas, que é uma das suas funcionalidades, é uma forma de mostrar as informações que Patrícia deseja. Caso ela queira apresentar informações pontuais das residências da região de abrangência da unidade de saúde, poderá utilizar o recurso de apresentação de mapas (create map). Sendo assim, é preciso aprofundar nessa parte prática, recorrendo às orientações da teoria para concretizar o relatório de estágio de Patrícia.

Faça valer a pena

1. Vivemos, hoje, cercados de tecnologia por todos os lados, como televisão, computador, internet, celular, aplicativos e programas infindáveis. Nosso dia a dia mudou muito nos últimos 50 anos, especialmente no que se refere à velocidade de transmissão da informação. Não há dúvidas de que uma pessoa que não utiliza recursos tecnológicos em seu cotidiano está fadada a ser alguém totalmente obsoleto. O mesmo podemos dizer para os serviços de saúde. Não seria possível chegar onde chegamos sem recursos tecnológicos. Tratamentos, vacinas, atendimentos e toda uma organização são sustentados por meio da comunicação e tecnologia. Ainda que os serviços da ponta, ou seja, aqueles oferecidos nas unidades de saúde e pelos agentes comunitários de saúde, pareçam não depender do uso de tecnologias, existe toda a estruturação do serviço oferecido, o qual é realizado e planejado a partir de dados obtidos por meio de relatórios eletrônicos, assim como dos registro dos dados coletados pelos agentes de saúde, que estão em um banco de dados nacional, e poderão ser acessados por profissionais de saúde e gestores que trabalham em qualquer lugar do Brasil.

Com relação ao uso de tecnologias de informação na saúde pública no Brasil, assinale a alternativa que cita duas bases de redes de informação usadas no país atualmente:

a) EpiSUS e InformaSUS.
b) e-SUS e InformaSUS.
c) EpiSUS e e-SUS.
d) DATASUS e InformaSUS.
e) DATASUS e e-SUS

2. O programa Epi Info é de uso livre; pode ser baixado gratuitamente no site do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) do governo norte-americano; é considerado uma ferramenta simples; e é mundialmente utilizado por profissionais

de saúde. Seu desenvolvimento veio ao encontro das necessidades epidemiológicas que surgiram a partir da década de 1970. Sua utilização permite a criação de meios e instrumentos para a coleta de dados (formulários), a análise e o gerenciamento dos dados, e a visualização e geração de relatórios, nos quais são utilizados meios epidemiológicos. Entre os programas incluídos no Epi Info estão: EPED, que é um processador de texto para criar questionários; ENTER, que produz um arquivo de dados a partir do EPED ou de outro editor de texto; ANALYSIS, que produz resultados em forma de gráficos, tabelas e listas; CHECK, que estabelece os limites para o programa ENTER, no sentido de minimizar a possibilidade de erros de digitação e padronizar a entrada de dados; STATCALC, que calcula estatísticas; EPITABLE, que realiza cálculos a partir de valores do teclado; IMPORT, que traz arquivos de outros sistemas; EXPORT, que leva arquivos para outros sistemas; MERGE, que combina arquivos diferentes; VALIDATE, que compara dois arquivos introduzidos por operadores diferentes; e TUTORIALS, que apresenta os recursos do EPED e do ANALYSIS.

Levando em consideração as diversas funcionalidades do Epi Info introduzidas aqui, assinale a alternativa que contém uma informação totalmente correta:

a) O uso do Epi Info é amplamente divulgado, e sua maior limitação é a dificuldade na importação dos dados de outras bases e sistemas.
b) O Epi Info é um programa gratuito e complexo, por isso sua utilização pelos profissionais da saúde precisa ser precedida de vários cursos de capacitação.
c) Outro limitador do Epi Info é que, ao ser utilizado por mais de um digitador para entrada de dados, os erros de digitação interpessoal podem comprometer facilmente o resultado na amostra.
d) IMPORT e EXPORT são programas que permitem a importação e exportação, respectivamente, de outros arquivos para o Epi Info.
e) O comando ENTER para produção de arquivos não pode ser revisado para outro formato após a finalização no Epi Info.

3. A criação de bancos de dados para o programa Epi Info permite registro e análise de uma série de informações. Ao se tratar de dados nutricionais de uma população, é possível extrair relatórios do perfil nutricional, úteis no planejamento de ações de caráter preventivo, de promoção de saúde ou mesmo de triagem para tratamento de doenças. Ao utilizar o programa ENTER, ele dará nomes aos campos de entrada das variáveis e, posteriormente, estas serão analisadas pelo programa ANALYSIS. Os nomes das variáveis podem ser determinados como o uso de chaves, e não devem ter mais de oito dígitos. Não deve usar acentuação. A escolha do tipo de variável depende não só de ela ser contínua ou categórica mas também das possíveis formas de utilização dela e quais pacotes estatísticos serão utilizados nas análises do banco. É mais interessante que se opte por variáveis do tipo numérico, o que facilita a digitação.

O programa ENTER também fará um arquivo de dados a partir de seu questionário e o mostrará na tela, pronto para recebê-los. O questionário poderá ser revisado a qualquer momento utilizando o EPED, atualizando-se também o arquivo de dados.

Utilizando as informações do texto, assinale a alternativa correta no que diz respeito à forma e inclusão de variáveis no programa ENTER:

a) Se o operador digitar {mun}icipio {atend}imento, o que aparecerá no ANALYSIS é o que está dentro da chave.
b) Ao digitar {D}ata {diag}ostico, aparecerá Data diagnostico no ANALYSES.
c) {sit}uacao {atual} aparecerá na tela do ANALYSES como situacao atual.
d) Ao digitar {numero} notificação ###, significa que o número digitado pode ter de um a três dígitos.
e) Ao utilizar o programa, use enter para mudar de linha. Cada linha deve ter apenas uma variável.

Seção 4.2

Construção de banco de dados

Diálogo aberto

A coleta e o registro de informações são ações básicas dentro de um sistema de saúde. A forma de armazenamento e análise também faz parte do processo. Em busca de um instrumento capaz de registrar e armazenar dados e emitir relatórios, Patrícia conheceu o programa Epi Info, e como sua supervisora havia falado, é um instrumento bastante interessante. É certo que tem demandado um tempo de estudo e bastante atenção por parte de Patrícia, mas ela está disposta a colocar sua proposta em prática. Para ter a possibilidade de utilizar na prática o conjunto de programas, ela precisa criar uma ficha para registrar os dados com os quais construirá seu banco de dados. Você é capaz de ajudá-la nesta missão?

Não pode faltar

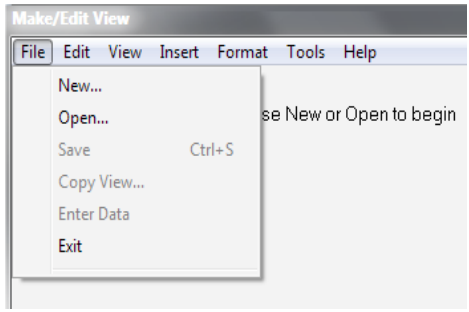
Agora que o conjunto de programas do Epi Info já está instalado, podemos começar a colocar suas potencialidades em prática. Para isso, vamos criar uma ficha para inserção de dados que serão coletados em uma unidade de saúde. Antes de criar a ficha, é importante saber um pouco da linguagem de programação. Os arquivos criados são chamados de **Projetos** *(Projects)*, cujo formato é o da extensão **.mdb** (Microsoft DataBase). Dentro desses projetos, podem ser salvos vários outros arquivos, agrupados em **Fichas** (*View*) ou **Tabelas** (*Table*).

Como criar uma ficha (*Make View***)**

O ideal é que a ficha seja criada utilizando a linguagem em inglês (a utilização do português para criação da ficha ainda não é adequada). Então, clique no *Make View*, que tem duas janelas, uma à direita, que é a janela do registro, e uma à esquerda, que guia as diferentes páginas do questionário.

Ação para este momento – Menu *File* – *New*, de acordo com a figura a seguir:

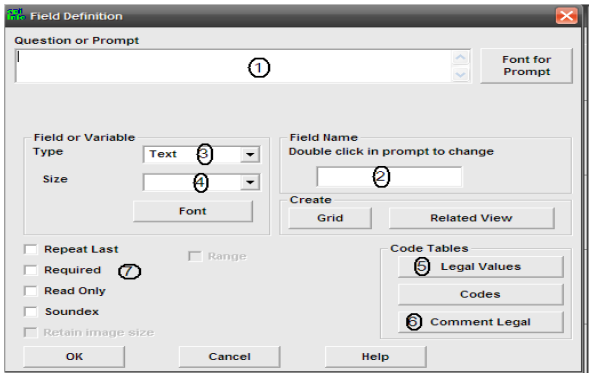
Figura 4.1 | Como criar uma nova ficha



Fonte: Bós (2011).

Salve o arquivo com o nome desejado. Com a ficha salva, você começa a criar os campos (*Field*). Para isso, clique no botão direito do mouse, o que nos leva à janela *Field Definition*, que tem os componentes a seguir:

Figura 4.2 | Como salvar a ficha e definir seus campos



Fonte: Bós (2011).

Observe a numeração circulada:

1. *Question or Prompt* (Pergunta): localizado na parte superior da janela. Sugere que descrevamos a pergunta relacionada à variável que estamos criando neste componente. Essa pergunta aparecerá em alguns resultados quando analisamos os dados.

2. *Field Name* (Nome do Campo): o sistema sugere um nome de acordo com a pergunta digitada, mas podemos mudar o nome para um que reconheçamos mais facilmente. Esse nome pode ser longo, aceita acentos, mas não aceita caracteres especiais nem espaço. Não pode iniciar com número, mas

pode conter números ao longo do nome. Sugere-se que tenha, no máximo, oito caracteres, pois dessa forma será possível importar e exportar para outros bancos de dados, como o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

3. *Field or Variable Type*: tipos de variáveis que observaremos após a conclusão desta janela.

4. *Field or Variable Size*: define o tamanho do campo ou variável.

5. *Legal Values* (Valores Legais): codifica os valores que serão válidos como resposta para o campo.

6. *Comment Legal* (Comentários Legais): é um campo que permite a colocação de um comentário ao lado do valor, mas somente o valor é armazenado da tabela de dados.

7. Engloba algumas opções extras, tais como: repetir o último valor colocado – *Repeat Last*; não deixar prosseguir se algum valor ficar em branco – *Required* (Necessário); não permitir que anotemos a valor da variável – *Read Only*; e estabelecer uma faixa de valores válidos para campos numéricos – *Range* (faixa).

Suponhamos que nosso objetivo seja criar uma ficha para inserir dados antropométricos (somente peso e estatura) de um grupo de crianças atendidos na Unidade de Saúde.

Iniciamos definindo os tipos de campo ou variáveis (*Field or Variable Type*). Precisamos ter os seguintes campos:

- *Label/Title*: gera um título que será o do novo questionário. Colocamos como *Question* ou *Prompt* a palavra "Questionário".

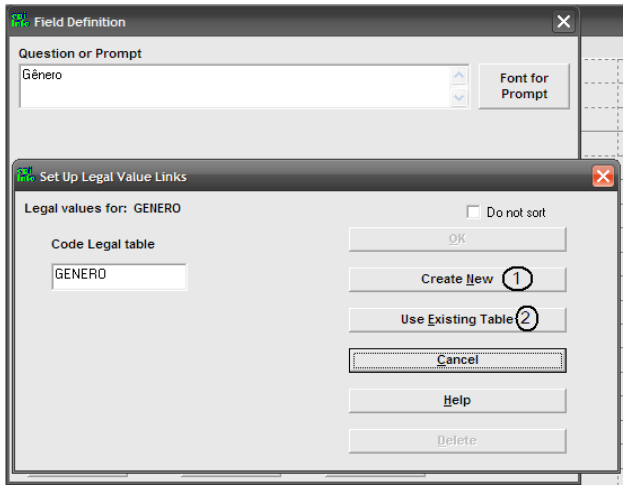
- *Number*: define uma variável numérica. O tamanho é definido usando o símbolo # quantas vezes queremos a quantidade de dígitos.

- REGISTRO: é uma variável que identifica onde estamos inserindo nossos registros, com o objetivo de consultá-los ou usá-los como chave de ligação com outros bancos de dados.

- *Date*: insere datas. É possível formatar essa célula, colocando manualmente a data ou definindo a forma no compartimento Size.

- IDADE: definimos o campo colocando Range (Faixa), para evitar registros irreais, e colocamos também Size. No Prompt, podemos colocar a unidade de medida.

Figura 4.3 | Como definir o campo de valores

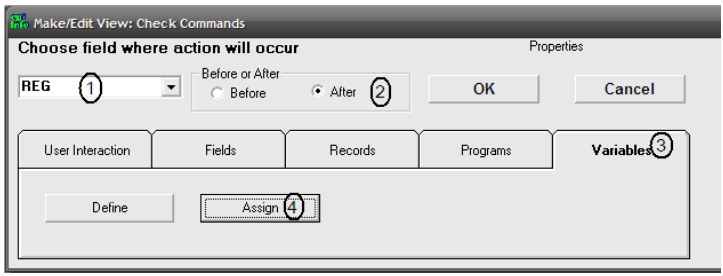


Fonte: Bós (2011).

É possível agrupar as variáveis em uma ficha, segundo características ou apenas pelo desejo do criador. Esse agrupamento pode ser removido, e a análise feita separadamente. Podemos agrupar REG, IDADE, GENERO, PESO e ALTURA. Basta clicarmos acima da primeira variável e arrastarmos de tal forma a criar um quadrado em volta das variáveis. Em seguida, clicamos no menu *Insert Group* para colocar uma denominação diferente das variáveis inseridas.

Outra funcionalidade é criar variáveis com preenchimento automático. Você deve acionar o comando *Check Code*, única opção do menu *View*. Na janela aberta, escolher a variável e definir se o preenchimento será antes ou depois da introdução de dados. Selecione o comando *Variables* (Variáveis), no qual aparece o comando *Assign* (Atribuir).

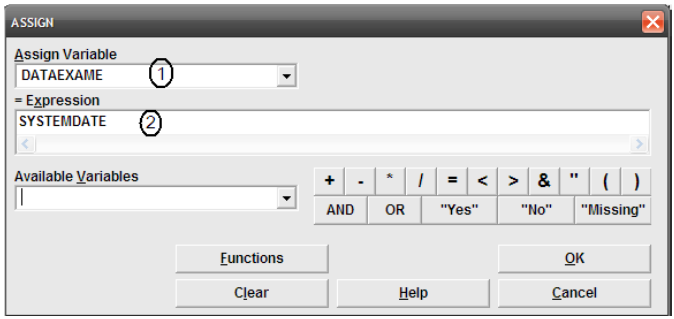
Figura 4.4 | Como agrupar variáveis em uma mesma ficha



Fonte: Bós (2011).

Para atribuir a data do dia (Assign System data), clique no botão Assign da janela do Check Code, que abre outra janela. Escrevendo o comando SYSTEMDATE no compartimento =Expression, será introduzida a data do sistema do computador que se está usando.

Figura 4.5 | Como atribuir automaticamente a data do sistema



Fonte: Bós (2011).

Assim que clicamos em OK na janela do *Assign*, o comando será adicionado ao compartimento inferior da janela do *Check Code*. Clique em *Save*.

Para calcular os anos entre duas datas, para, por exemplo, calcular a idade atual, selecione DATANASC na janela das variáveis do comando Check Code, e no compartimento de comando das variáveis, escreva *Assign idade= years* (*datanasc.dataexame*). Clique em *Save* e, depois, em OK.

Pode-se adicionar páginas ao questionário clicando em *Add Page* (adiciona uma página antes) e *Insert Page* (adiciona uma página depois da atual).

Após realizadas todas essas ações, feche o *Make view* e passe para a inserção dos dados.

Como introduzir os dados na ficha (Enter Data)

Devemos abrir o arquivo desejado com o programa *Enter Data* (*Entrar Dados*). Clique no menu *File* (*Arquivo*), então *Open* (*Abrir*) e selecione o arquivo. Uma janela se abrirá perguntando a ficha que você quer abrir. Daí, é só inserir os dados.

Assimile

Características de introdução de algumas variáveis

1. Variáveis Numéricas com ponto decimal: quando tivermos que

colocar uma variável com valores decimais, devemos colocar, evidentemente, os números inteiros primeiro e, depois, o caráter decimal, ponto, mesmo se não tivermos preenchido todo o espaço inteiro. Por exemplo, para colocar o peso de uma mesma pessoa magra: 22.5. Deveremos digitar exatamente assim: **"2 2 .5"**. Observe que terá um espaço entre o segundo 2 e o " . 5". Não precisamos nos preocupar com isso, pois o Epi Info introduzirá o correto valor antes de salvar os dados.

2. Variáveis Check Box: não precisamos clicar com o mouse no local da variável, basta apertar a barra de espaço do teclado e a caixa ficará selecionada. Para "desselecionar", basta apertarmos a barra de espaço novamente.

3. Data contendo ano: podemos digitar somente os últimos dois dígitos do ano, o Epi Info transformará automaticamente em quatro dígitos. Porém, devemos ter cuidado, porque o programa converterá para 19NN os valores iguais ou superiores a 50. Entretanto, se tivermos um valor inferior, por exemplo, 49, o programa transformará em 2049. Por isso, é um bom hábito sempre introduzir todos os quatro dígitos do ano.

4. Variáveis tipo Texto com valores legais: não precisamos escrever a resposta inteira, nem usar o mouse para selecionar a resposta na caixa de respostas. Basta digitar as primeiras letras da resposta. Precisamos introduzir mais de uma letra se tivermos duas ou mais respostas que começam com as mesmas letras. Por exemplo, se temos duas variáveis que começam com a letra "s", teremos que colocar as primeiras duas letras. Se tivermos duas ou mais respostas que começam com "se", deveremos colocar três, e assim por diante, até que coloquemos um número suficiente de letras de forma que a resposta fique única.

5. Variáveis Yes/No: elas funcionam como uma variável tipo *texto com valores legais*, precisamos colocar só a primeira letra: "y" ou "n".

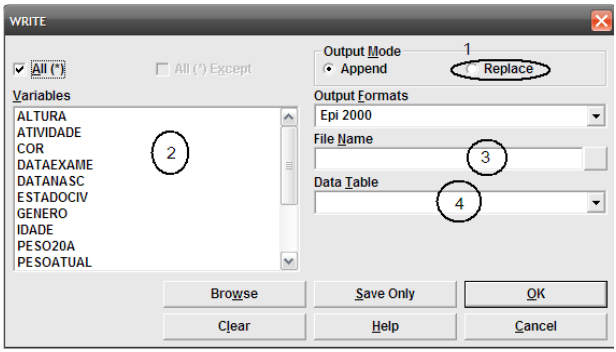
Caso queiramos apagar algum dado inserido, temos que clicar em *Mark Record as Deleted* (Marcar Registro como Apagado). Ele poderá ser recuperado posteriormente.

Exemplificando

Como salvar o arquivo (*Write*)

Para salvar as variáveis criadas, use o comando *Write (Export)* da seção Data. O programa automaticamente seleciona a opção *Append*, mas o mais indicado é utilizar o *Replace (1)*. Podemos escolher as variáveis que queremos salvar ou não. Escolha com *File Name* o nome do arquivo que quer salvar.

Figura 4.6 | Como salvar as variáveis criadas



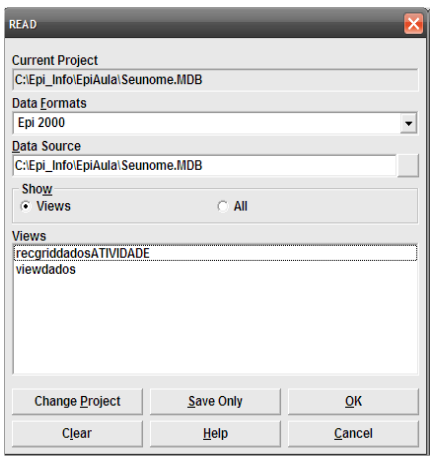
Fonte: Bós (2011).

Analisando os dados do Epi Info

O programa usado é o *Analysis Data* (Análise de Dados), que tem três janelas: *Analysis*, *Analysis Output* e *Program Editor*. A janela *Analysis* traz os comandos de análise, cujos resultados serão vistos na janela *Analysis Output*. O *Program Editor* serve para mostrar o comando em sua linguagem de programação.

Inicialmente, abrimos o banco de dados que analisaremos, usando o comando *Read* (*Import*). Na janela Read aparecerá o último projeto trabalhado. Caso não queiramos utilizar este, devemos clicar no botão *Change Project* (Mudar Projeto).

Figura 4.7 | Como iniciar uma análise de dados

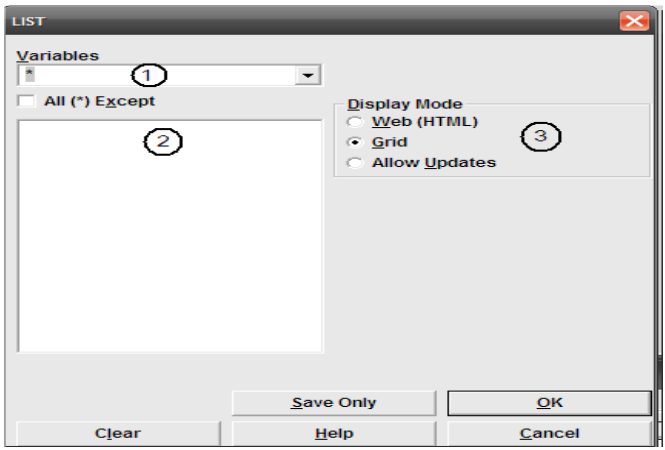


Fonte: Bós (2011).

Logo que se abre um banco de dados, aparece na janela *Views* o nome do questionário ou da tabela de dados existente. Este(a) devemos selecionar com o mouse e, em seguida, clicar OK na tabela para abrir a tabela. Na janela *Analysis Output*, aparecerá o nome do arquivo e da tabela que estamos trabalhando. Na linha seguinte, o número de fichas válidas com detalhes a respeito da data da última atualização.

Na janela *Analysis Command*, o comando *List* é o primeiro do grupo *Statistics*. Ele é utilizado para visualizar ou editar os dados. Uma vez que se clica no comando, aparece a janela *Variables* (1), na qual se pode escolher as variáveis desejadas. Estas, por sua vez, aparecem em ordem alfabética.

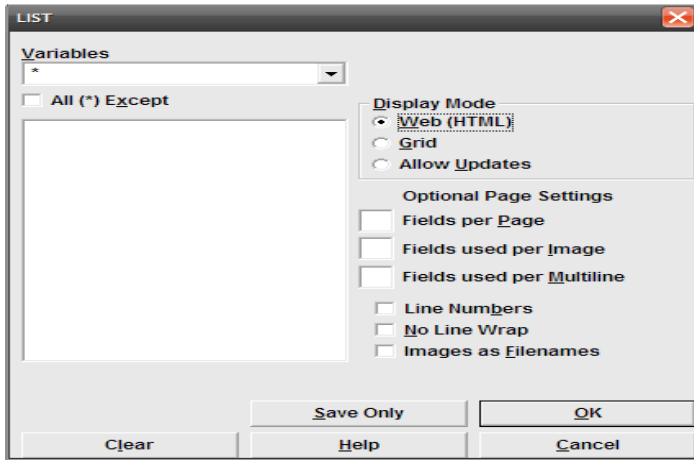
Figura 4.8 | Como escolher as variáveis desejadas



Fonte: Bós (2011).

O tipo de saída dos dados no *List* também pode ser selecionado. O formato automaticamente escolhido é o *Grade (Grid)*, que dispõe os dados em colunas muito parecidas com planilhas do tipo *Excel*. Para editar os dados, a opção *Allow Updates* (Permitir Atualização) deve ser escolhida. A opção *Web* (*HTML*) salva as variáveis em formato de página da web, o que permite impressão ou edição posterior. Existe, ainda, a coluna *Optional Page Settings*, que oferece várias opções, como selecionar o número de colunas por página.

Figura 4.9 | Como selecionar a forma de saída dos dados



Fonte: Bós (2011).

Reflita

Aproveitamos esse espaço para uma reflexão sobre o uso dos sistemas de informação e bancos de dados pelos profissionais de saúde. É possível que um profissional da área de saúde obtenha seu diploma de graduação sem nunca ter trabalhado com qualquer sistema de informação em saúde, nem ao menos uma edição de planilhas no programa Excel. Em alguns serviços, existe uma divisão entre a parte técnica da saúde e a parte de geração dos dados informativos (registro e análise). Na sua opinião, o profissional de saúde deve entender o funcionamento dos bancos de dados ou apenas receber os resultados das análises geradas nesses bancos? Tente fundamentar sua resposta nas leituras realizadas até aqui.

Sem medo de errar

Patrícia obteve todas as informações sobre o Epi Info e estudou bastante. Logo em seguida, organizou os dados para iniciar a construção do seu banco de dados. Ela montou a seguinte tabela:

Tabela 4.1 | Referência de peso e estatura por idade em crianças

ENTRADA	IDADE	MENINAS		MENINOS	
		ALTURA	PESO	ALTURA	PESO
01	1 ano e 2 meses	73 cm	9,8 kg	75 cm	10,0 kg
02	1 ano e 2 meses	72 cm	10,0 kg	78 cm	11,0 kg
03	1 ano e 3 meses	76 cm	10,8 kg	78 cm	10,6 kg
04	1 ano e 2 meses	73 cm	9,5 kg	74 cm	10,9 kg
05	1 ano e 3 meses	75 cm	11,3 kg	80 cm	11,2 kg

Fonte: elaborada pela autora.

Em seguida, ela montou uma ficha no Epi Info, utilizando os comandos, e inseriu os dados da Tabela 4.1. Ela deu o nome ANTROPCRIAN para a ficha e a inseriu em um projeto chamado AVANUTRICRIAN.

Avançando na prática

Verificando a prevalência de crianças desnutridas na região

Descrição da situação-problema

Patrícia ouviu o médico de uma das equipes conversando com a enfermeira sobre a alta prevalência de desnutrição nas crianças atendidas, e que precisava ser feito um trabalho de conscientização com as mães, famílias e agentes comunitários, para trazer as crianças para as atividades e os programas oferecidos pela unidade. Patrícia imaginou que gerar um gráfico ilustrativo da prevalência de crianças desnutridas na região poderia ajudar a visualizar a magnitude do problema. Para isso, ela terá que analisar os dados inseridos na ficha do Epi Info.

Patrícia já inseriu os dados das crianças que avaliou na ficha que criou no Epi Info.

Resolução da situação-problema

Essa nova situação poderá ser resolvida utilizando-se o programa *Analysis*, do Epi Info. Como resultado, ela verificará que não existem

crianças desnutridas ou com risco de desnutrição. 100% das crianças avaliadas apresentam-se com peso e estatura (comprimento) adequados para a idade. Com relação ao peso x estatura (comprimento), 70% encontram-se adequados, e 30% encontram-se com peso elevado para a estatura. Dentro do gênero feminino, 20% estão com peso elevado para a estatura, e no gênero masculino, 40% encontram-se com peso elevado para a estatura. Dessa forma, pode-se concluir que a avaliação desse público deve ser feita com outro enfoque, ou seja, verificando o risco de peso elevado, e não de desnutrição.

Faça valer a pena

1. A utilização de ferramentas de gestão e análise de banco de dados pode ser uma maneira eficiente de resolver problemas de probabilidades e estatísticas relacionados à saúde. Comandos simples, tais como ABRIR, FREQUENCIA, LISTA, TABELAS e GRÁFICOS, podem produzir estatísticas epidemiológicas concretas sobre a saúde pública. Atualmente, existem alguns programas que já permitem o registro e a produção de tais dados para a área de saúde. Um em específico, um software de domínio público, criado pelo Centro para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC) do governo norte-americano, tem sido bastante utilizado pela comunidade científica do mundo inteiro.

O software citado no texto-base, que combina as vantagens de ser gratuito e produzir dados de qualidade, é denominado:

a) Assistant.
b) Mini Tab.
c) Epi Info.
d) Portal action.
e) State.

2. O uso de dados estatísticos e probabilísticos traz a chance de discussão na área da saúde pública. É importante que os profissionais graduados nas áreas de saúde sejam minimamente familiarizados com as ferramentas e os conceitos estatísticos, pois usando esse tipo de análise da área da saúde é possível tratar de forma mais concreta e objetiva situações que geram dados numéricos, como as prevalências e incidências de doenças. Pode-se dizer que promove a socialização da matemática, pois confronta problemas de ordem econômica e social com índices, números e estatísticas. Para lidar com os dados numéricos, é preciso ter conhecimento de alguns termos da área, tais como dados, que são os números propriamente ditos, os valores que são coletados e que, posteriormente, são transformados em informação. Outros

termos são: variável, variável qualitativa, variável quantitativa, variável nominal, variável ordinal, entre outros.

Com relação à denominação e utilização de termos numéricos e estatísticos, assinale a alternativa correta.

a) Os dados estatísticos são obtidos por meio de um processo que envolve observação, e os itens observados são chamados variáveis.
b) Variáveis são valores que nunca se repetem se feitas mensurações sucessivas.
c) Variáveis também podem ser os resultados possíveis de um fenômeno, quando este sempre apresentar resultados diferentes.
d) A variável qualitativa expressa seus valores por números, enquanto a variável quantitativa expressa seus valores por atributos.
e) A variável quantitativa ordinal assume atributos ou qualidades que se apresentam em uma sequência numérica sempre crescente.

3. O mundo da programação é, na maioria das vezes, desconhecido para os profissionais da área da saúde. A simples utilização de planilhas em Excel já pode ser um impeditivo, pois ainda temos no mercado muitos profissionais que se formaram na era pré-tecnológica. Apesar disso, existe a necessidade de que os profissionais que atuam no mercado hoje utilizem a tecnologia como uma ferramenta de trabalho que, além de útil, será de vital importância para todas as ações de planejamento e avaliação que envolverem seu trabalho. Em virtude disso, o conjunto de programas Epi Info, desenvolvido pelo Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) do governo norte-americano, tem sido usado como recurso de banco de dados para emissão dos mais diversos relatórios em saúde.

O Epi Info apresenta linguagem simples e, embora seja possível sua versão em português, o mais recomendado é que se use a versão em inglês para criação do banco de dados. Sendo assim, com relação aos termos usados pelo programa, assinale a alternativa correta.

a) *Question or Prompt* é a pergunta que o entrevistador fará ao entrevistado ao iniciar a entrevista.
b) *Field name* é o nome do campo com o qual identificamos a variável que estamos trabalhando.
c) *Field ou Variable Size* define os tipos de variáveis que observamos após a conclusão da janela.
d) *Legal Values* codifica os termos aceitos como resposta do campo.
e) *Comment Legal* é um campo que permite a colocação de um comentário para o avaliador, que o visualizará quando for gerar as tabelas.

Seção 4.3

Análise prática de dados

Diálogo aberto

A utilização de bancos de dados para avaliação da situação de saúde da população é considerada uma técnica adequada, uma vez que a informação registrada pode ser atualizada de maneira regular, para, dessa forma, manter os dados atualizados e, ao mesmo tempo, é possível extrair diversos tipos de relatórios, e assim avaliar o alcance e a efetividade de políticas e programas de saúde. No caso da nossa estagiária Patrícia, um tempo se passou desde que ela começou a registrar as informações sobre os usuários da região adscrita à unidade de saúde em que ela está estagiando. Com os dados que foram inseridos, já é possível verificar o perfil de saúde em vários aspectos. Agora, utilizando o programa Epi Info, auxilie Patrícia a fazer um relatório da situação alimentar e nutricional dessa população. Utilize os dados da Tabela 4.1, insira os dados no formulário e, em seguida, faça as análises pertinentes. Utilize gráficos e mapas para apresentar seus resultados. Depois, faça uma análise crítica dos dados encontrados, comparando-o com as metas do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Tabela 4.1 | Referência de peso e estatura por idade em crianças

ENTRADA	IDADE	MENINAS		MENINOS	
		ALTURA	PESO	ALTURA	PESO
01	1 ano e 2 meses	73 cm	9,8 kg	75 cm	10,0 kg
02	1 ano e 2 meses	72 cm	10,0 kg	78 cm	11,0 kg
03	1 ano e 3 meses	76 cm	10,8 kg	78 cm	10,6 kg
04	1 ano e 2 meses	73 cm	9,5 kg	74 cm	10,9 kg
05	1 ano e 3 meses	75 cm	11,3 kg	80 cm	11,2 kg

Fonte: elaborada pela autora.

Não pode faltar

A coleta e o registro de dados populacionais deve sempre ter como objetivo a obtenção de resultados para pesquisas relacionadas ao perfil daquela população. Os cálculos e testes estatísticos são utilizados para descrever e interpretar os dados dessas pesquisas. Para a descrição dos dados,

normalmente, são utilizados média, desvio padrão, variância e mediana dentro da estatística descritiva. Os testes estatísticos são utilizados para testar ou comprovar hipóteses que são fundamentadas nos objetivos da pesquisa e observadas durante a análise descritiva dos dados. Quando se aplicam os testes estatísticos, é possível interpretar os dados colhidos, chegando às conclusões pretendidas pela pesquisa. Toda análise de dados deve começar pela análise descritiva das variáveis que se pretende usar. Quando se trata de uma pesquisa, partimos de um pressuposto, que é uma hipótese, chamada hipótese nula, e testá-la será o objetivo de nossa pesquisa. A maioria dos testes estatísticos tem como objetivo rejeitar a hipótese nula, a qual normalmente aceita que não há diferença entre o tratamento (ou prevenção) e o não tratamento (ou não prevenção). Ao rejeitarmos essa hipótese, aceitamos que o tratamento (ou prevenção) é válido.

Reflita

A estatística está diretamente relacionada ao estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição de doenças em grupos populacionais. Levando em consideração a área de Nutrição, no que diz respeito às doenças crônicas não transmissíveis, qual seria a importância dos estudos estatísticos na prática clínica e para a saúde pública?

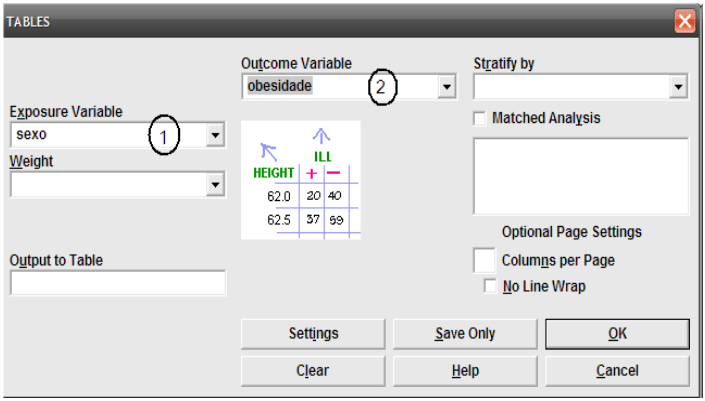
Uma forma de se montar uma análise estatística é por meio da construção e interpretação de tabelas. Para a construção da tabela, devemos definir que tipo de teste estatístico usaremos, o qual, por sua vez, depende do tipo de variável que analisaremos. As variáveis se dividem em categóricas ou numéricas e possuem relação de dependência – a variável dependente é aquela que sofrerá o efeito das outras variáveis. A variável dependente é aquela que analisamos. A abordagem da análise dos dados pode ser sistematizada da seguinte forma, simplificada:

1. Variável dependente CATEGÓRICA e variável independente CATEGÓRICA: usar o teste do QUI-QUADRADO e interpretar por RELAÇÃO.
2. Variável dependente NUMÉRICA e variável independente CATEGÓRICA: usar o teste de t de STUDENT OU ANOVA e interpretar por COMPARAÇÃO.
3. Variável dependente NUMÉRICA e variável independente NUMÉRICA: usar o teste de REGRESSÃO LINEAR OU CORRELAÇÃO e interpretar por CORRELAÇÃO.

O comando *Tables* é um dos comandos da seção *Statistics* do Epi Info que

fornece resultados estatísticos utilizando o teste do Qui-quadrado – relação de duas variáveis categóricas. Na janela do comando, temos os compartimentos *Exposure Variable* (1) e *Outcome Variable* (2), como mostrado na figura a seguir:

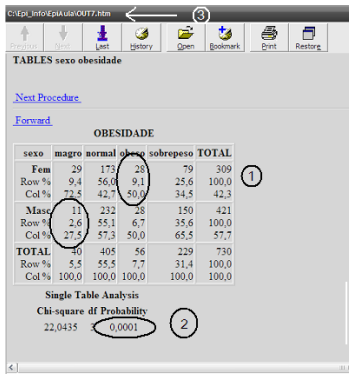
Figura 4.10 | Como analisar dados usando o teste do Qui-quadrado



Fonte: Bós (2011).

Após a seleção das variáveis, clicamos em OK. Os resultados aparecem no *Analysis Output*, como mostra a próxima imagem. O programa expõe os resultados da seguinte forma: dentro de cada casa da tabela é apresentada a frequência, e embaixo, a percentagem na linha e a percentagem na coluna. Observe que os valores apresentados (1) corroboram a hipótese, pois o resultado do teste Qui-quadrado foi 11 (2), com um p = 0,0104, sendo significativo.

Figura 4.11 | Apresentação do resultado do teste do Qui-quadrado



Fonte: Bós (2011).

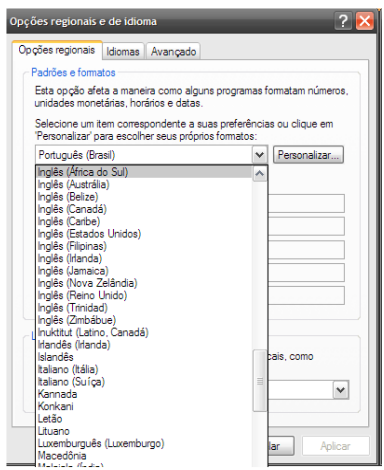
Outra forma de se analisar dados é comparando médias de dois grupos. Para isso, utilizamos o teste de t de Student, que usa uma variável a ser medida, que é contínua, e a outra variável, independente, ou variável resposta, dicotômica. No caso do teste, quanto maior a diferença entre as duas médias, maior vai ser o t. Por isso, quanto maior a diferença das médias, menor a variabilidade dos grupos.

A comparação de variáveis contínuas de dois ou mais grupos com variáveis categóricas é feita por Análise de Variância, também conhecida como ANOVA. Os princípios são os mesmos do t-teste. Dentro da hipótese nula, a situação deve se apresentar da seguinte forma: uma grande população de onde retiramos diversas amostras, gerando várias médias, as quais variam aleatoriamente com relação à média global da população. Em outras palavras, o teste busca avaliar se a variabilidade entre os grupos (externa) é maior que a variabilidade dos valores dentro de cada grupo (interna).

Assimile

Antes de realizar os testes estatísticos no Epi Info, devemos configurar o computador, por causa da diferença que existe entre alguns idiomas e o Português, que utiliza a vírgula no lugar do ponto decimal. Para que isso não se torne um problema para o programa, deve-se alterar as **Opções Regionais** na janela **Painel de Controle do Windows**, escolhendo uma das línguas inglesas. Apenas em alguns casos, como computadores que utilizam o Windows 2000, essa alteração não é necessária.

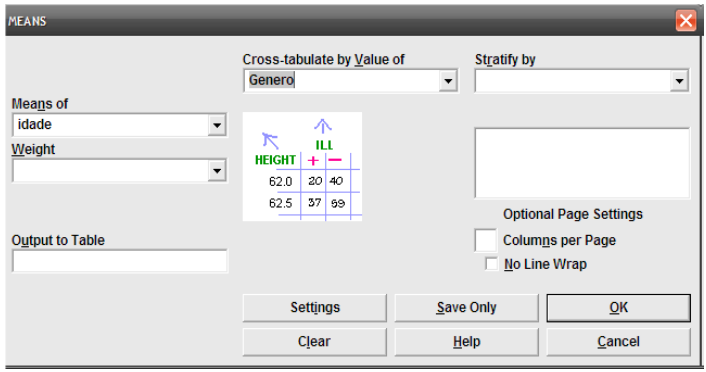
Figura 4.12 | Como configurar adequadamente o idioma



Fonte: Bós (2011).

No programa Epi Info, calculamos e comparamos médias utilizando o comando Means. O programa utiliza, prioritariamente, o teste ANOVA, uma vez que ele pode ser usado para comparar duas ou mais médias, enquanto o teste-t compara apenas duas médias. Veja o exemplo na figura a seguir, que compara IDADE (na janela *Means*) com GENERO (na janela *Cross-tabulate by Value of*).

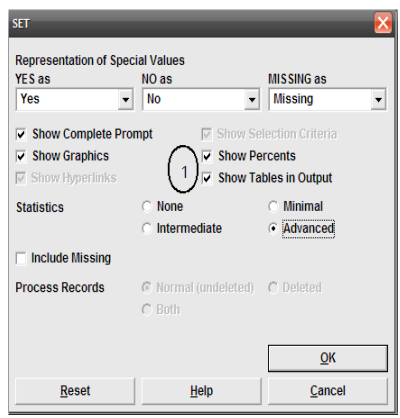
Figura 4.13 | Como analisar os dados usando o teste ANOVA



Fonte: Bós (2011).

As alterações necessárias às configurações são feitas clicando-se em Settings, que é uma janela muito semelhante aos outros comandos do Epi Info. A figura a seguir mostra algumas configurações que podem ser "desselecionadas" por não apresentarem resultados interessantes no comando *Means*. É o caso do *Show Percents* e *Show Tables in Output* (1).

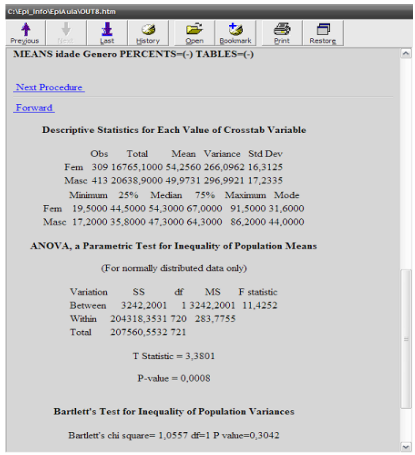
Figura 4.14 | Como alterar configurações de saída dos dados



Fonte: Bós (2011).

Ao se solicitar os resultados do comando *Means*, observe que eles não cabem em uma só tela. A figura a seguir mostra a tela inicial dos resultados.

Figura 4.15 | Apresentação dos resultados do teste ANOVA

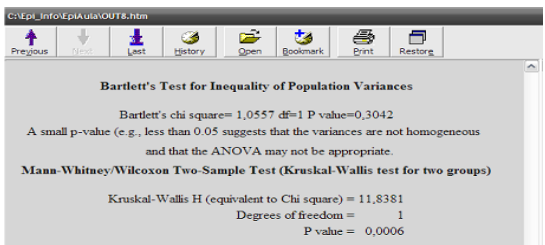


Fonte: Bós (2011).

Inicialmente, vemos o resultado mostrando a análise descritiva da variável GENERO. Em seguida, iniciam-se os resultados da ANOVA e do teste t. O Epi Info chama a média externa de MS Between, e a interna, de MS Within.

Para avaliação dos resultados dos testes do t de Student e do ANOVA, deve-se verificar se as variâncias são homogêneas ou não. Para isso, usamos o teste de Bartlett, que testa a probabilidade de as variâncias serem heterogêneas ou não iguais. Se a variância não for homogênea, o resultado dos testes não é válido. Sendo assim, usa-se outro teste fornecido pelo programa, como o Kruskal-Wallis, que é não paramétrico. No exemplo mostrado a seguir, o resultado desse teste não foi significativo, mostrando que não existem diferenças entre as idades de homens e mulheres do grupo estudado.

Figura 4.16 | Como validar o resultado do teste ANOVA



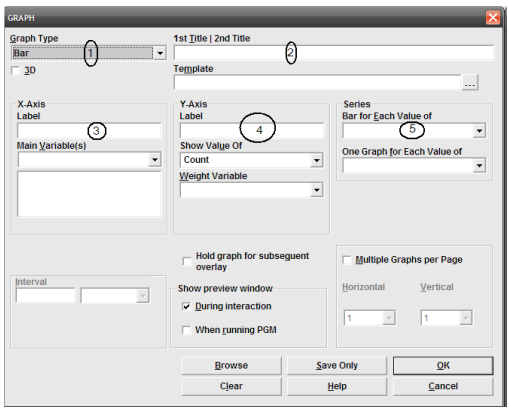
Fonte: Bós (2011).

Um terceiro tipo de avaliação que pode ser realizado pelo Epi Info é o de duas variáveis numéricas (Regressão Linear). Nesse caso, são utilizados gráficos de dispersão XY, denominados de *Scatter XY*. Para fazer o gráfico de dispersão, usa-se o comando *Graph* na seção *Statistics*.

Exemplificando

Veja uma forma de criar um gráfico no Epi Info a partir da janela Graph. Como mostra a figura a seguir, no comando Graph Type (1), escolhemos o tipo do gráfico. Podemos selecionar um título (2), que é opcional. É importante selecionar qual variável será colocada no eixo X (3) e o valor do eixo Y (4). É possível incluir outra variável (5), mas isso varia de acordo com o tipo de gráfico que queremos produzir.

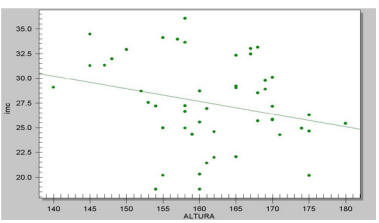
Figura 4.17 | Como elaborar um gráfico para análise de dados



Fonte: Bós (2011).

No caso do nosso exemplo, escolhendo a opção *Scatter XY*, colocamos as variáveis X e Y e teremos um gráfico como o mostrado a seguir:

Figura 4.18 | Exemplo de gráfico de dispersão XY



Fonte: Bós (2011).

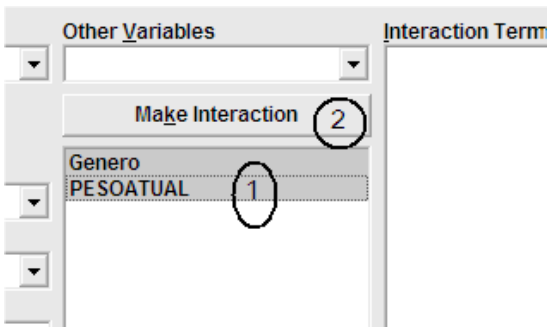
O programa fornece automaticamente uma linha retilínea e os pontos, que correspondem a cada uma das observações do banco de dados. Essa linha é chamada Linha de Regressã e tenta ilustrar a relação entre as duas variáveis. Uma parte das observações está acima da linha, e a outra parte, abaixo, e existe uma certa dispersão ao redor da linha, sendo algumas observações mais próximas, e outras, mais afastadas (grau de dispersão).

É possível inserir variáveis categóricas na Regressão Linear, e isso serviria para avaliar se a dispersão de uma variável numérica, como altura, se comporta de maneira igual em uma variável categórica, por exemplo, gênero.

Ao usarmos esse exemplo (gênero e altura), como a variável gênero tem dois níveis, o programa já fornece a interpretação: masculino/feminino. Nesse caso, o coeficiente de gênero fornecerá a diferença que existe nos homens com relação às mulheres.

O programa criará o gráfico e devemos, em seguida, verificar se a dispersão observada é significativa ou não. Para isso, precisamos criar uma interação. Na Regressão Linear, essa interação é feita selecionando as variáveis desejadas e colocando-as na lista de variáveis, conforme modelo. Em seguida, deve-se clicar sobre cada uma delas, marcando-as. A barra que fica entre a janela de seleção das variáveis e das variáveis selecionadas muda de nome para *Make Interaction*, como pode-se observar na imagem a seguir.

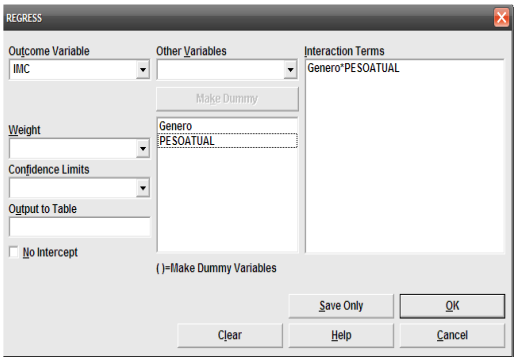
Figura 4.19 | Como verificar a interação entre as variáveis do gráfico



Fonte: Bós (2011).

Ao clicar nessa barra, a fórmula da interação passa para a janela de interação, apresentando-se conforme a figura a seguir.

Figura 4.20 | Como verificar a interação entre as variáveis do gráfico



Fonte: Bós (2011).

Um resultado não significativo pode ser importante, pois pode significar que não há diferença na variável estudada entre homens e mulheres, nesse caso.

Sem medo de errar

Durante o tempo de estágio na unidade de saúde, Patrícia fez vários registros sobre a situação de saúde dos usuários, de forma a avaliar o alcance das políticas de saúde naquela região. Agora que conhece o Epi Info, ela pode criar planilhas para inserir os dados e obter relatórios sobre a situação de saúde da população, por exemplo, o alcance do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Para isso, ela deve seguir as instruções (criar uma ficha, na qual inserirá os dados). Como o programa é destinado a crianças até cinco anos, gestantes e puérperas, sugere-se a criação de duas fichas, uma para crianças e outra para mulheres adultas.

Na ficha das crianças, inserir data de nascimento, sexo, peso, altura e doses recebidas do programa de suplementação de ferro. Na ficha das mulheres, colocar a data de nascimento, se é gestante (colocar a semana gestacional) ou puérpera e se participa do programa. Em seguida, após encerrar a ficha e fazer a entrada de dados, proceder à avaliação deles.

No caso da avaliação esperada, que é a de alcance de metas do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, é possível simplificar, pois é uma análise de participante ou não participante. Dessa forma, a ficha das crianças nos fornece o percentual daquelas que participam, e ainda podemos dividir o resultado por faixa etária. A distribuição por gênero não seria uma avaliação importante. No caso das mulheres, é importante verificar também a participação no programa e se o alcance é regular entre gestantes e puérperas. No

caso de gestantes, é necessário dividir no alcance por semana gestacional. No final, após as avaliações dos dois grupos, crianças e mulheres, pode-se compará-los.

Avançando na prática

Excesso de peso em crianças atendidas na unidade de saúde

Descrição da situação-problema

A unidade de saúde atende diariamente um grande número de crianças e está preocupada em combater o excesso de peso desde a primeira infância. Para estabelecer as medidas de prevenção da obesidade e promoção da saúde, é preciso verificar o estado nutricional atual dessa população. Sugira análises a serem feitas, levando em consideração dados já colhidos na rotina da unidade de saúde atualmente.

Resolução da situação-problema

A avaliação do estado nutricional deve ser feita tendo como base as medidas antropométricas, peso e estatura. Ao inserir esses dados em uma ficha ou formulário do Epi Info, é possível proceder à análise do índice de massa corporal (IMC), que é um dos indicadores usados, junto ao peso por idade e à altura por idade. Uma análise utilizando o teste ANOVA dará uma primeira visão do estado nutricional e poderá indicar outras análises a serem feitas, em especial, as qualitativas.

Faça valer a pena

1. A Epidemiologia é um ramo da Medicina que estuda as doenças e os fatores responsáveis pela propagação, frequência e modo de distribuição. Ela fornece dados importantes para o trabalho nas ações de combate e prevenção, pois pode dizer qual é o perfil de determinada população com relação ao tipo de patologia mais importante, ou mais frequente, ou mais dispendiosa, entre outros. Dentro os indicadores epidemiológicos utilizados, existem os termos prevalência e incidência, importantes para verificar o aumento ou a diminuição dos casos em estudo. Ambos se referem a medidas de frequência de ocorrência de doenças, mas apresentam diferenças. O termo incidência diz respeito a casos novos, à quantidade de pessoas que se tornaram

doentes em determinado local ou população, enquanto o termo prevalência diz respeito ao total de pessoas doentes, somando-se os casos novos aos antigos. Lembrando que a utilização dos termos deve ser sempre relacionada ao local ou à população definidos, para que não ocorra erro de interpretação de dados.

Caso um novo tratamento seja desenvolvido para uma doença incurável e fatal, que aumentará o tempo de vida dos seus portadores, poderemos afirmar que:

a) A prevalência dessa doença diminuirá.
b) A prevalência dessa doença aumentará.
c) A prevalência dessa doença permanecerá igual.
d) A incidência dessa doença diminuirá.
e) A incidência dessa doença aumentará.

2. Em estudos estatísticos, existe uma série de denominações importantes quando se faz coleta de dados. Variável é a característica de interesse, ou seja, aquela que será estudada em cada elemento da amostra da população. Seu nome se justifica justamente pelo fato de que será uma característica que variará de indivíduo para indivíduo. As variáveis podem ser quantitativas, quando podem ser medidas em escalas ou valores numéricos, ou qualitativas ou categóricas, quando não possuem valores numéricos, mas características categóricas. O tipo de análise a ser feito, o tipo de teste estatístico a ser aplicado depende do tipo de variável que se está estudando. A avaliação, quando de dois tipos de variáveis, pode ser tratar de duas variáveis numéricas, duas variáveis categóricas, ou uma variável numérica e uma categórica. No caso de duas variáveis categóricas, uma das formas de testá-las é ordenar os valores de forma que se tenha a variável preditora e a variável de resposta. Nesse caso, é traçada uma linha que representa a forma como as variáveis de entrada encontram (ou se distribuem com relação a) a variável de saída.

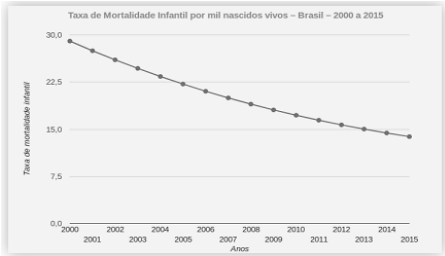
O teste estatístico utilizado para identificar visualmente o tipo de associação entre duas variáveis quantitativas, no qual se organizam os pares ordenados de valores (X, Y), em que cada ordenado (x, y) representa as observações das suas variáveis do mesmo sujeito, denomina-se:

a) Diagrama de dispersão.
b) Diagrama espinha de peixe.
c) Distribuição de frequência.
d) Análise de conglomerados.
e) Regressão linear.

3. A Epidemiologia, como um ramo da Medicina que estuda as doenças com relação à sua distribuição, fornece importantes dados para o planejamento de ações de prevenção e tratamento de doenças de maneira geral. A mortalidade e as morbi-

dades causadas pelas doenças também são objeto de estudo da Epidemiologia, que se vale de sua distribuição no tempo e no espaço para apresentar vários indicadores socioeconômicos. A mortalidade infantil é um indicador que reflete de maneira clara as condições não só de saúde, como também sociais de determinada população. O gráfico a seguir mostra a evolução das taxas de mortalidade no Brasil no período de 2000 a 2015, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

Figura 4.21 | Taxa de mortalidade infantil no Brasil de 2000 a 2005



Fonte: IBGE (2017).

Analisando o gráfico apresentado na Figura 4.21, podemos observar que houve redução da mortalidade infantil no Brasil, uma vez que a linha se apresenta de maneira descendente. Mais precisamente, podemos afirmar que:

a) Nos primeiros quatro anos, a mortalidade infantil teve um decréscimo de 50%.
b) Apesar da queda constante, nos últimos cinco anos, houve um leve aumento.
c) A mortalidade infantil no Brasil reduziu mais de 20% nos últimos dez anos.
d) A mortalidade infantil no Brasil teve uma queda de 7,5 pontos percentuais a cada cinco anos.
e) A redução mais expressiva da mortalidade infantil no Brasil foi entre os anos de 2012 e 2014.

Referências

BÓS, A. J. G. **Epi Info sem mistérios**: um manual prático. Porto Alegre: EDICPUCRS, 2011. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/. Acesso em: 21 dez. 2018.

CENTRO PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. CDC. **Epi Info User Guide**. 2017. Disponível em: https://www.cdc.gov/epiinfo/pdfs/UserGuide/EI7Full.pdf. Acesso em: 7 jan. 2019.

FERREIRA, V. G.; OLIVEIRA, R. R. A importância da estatística na área da Saúde. **Rev. Encontros Universitários da UFC**, v. 1, n. 1, maio 2017.

IBGE. Taxas de mortalidade infantil. **Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos – Brasil – 200 a 2015**. 2013. Disponível em: https://goo.gl/vhbjsS. Acesso em: 21 mar. 2019.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-9, abr.-jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

WAGNER, M. B. O Programa Epi Info e a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 4, 1997. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-04-207/port.pdf. Acesso em: 15 dez. 2018.

ISBN 978-85-522-1429-8