



ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| PRISCILA PORRUA |
| DALVAN ANTONIO DE CAMPOS |
| MARIANA MARTINS PEREIRA |

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

**ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO,
SAÚDE E SOCIEDADE**

Obesidade

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| PRISCILA PORRUA |
| DALVAN ANTONIO DE CAMPOS |
| MARIANA MARTINS PEREIRA |

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
**ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO,
SAÚDE E SOCIEDADE**

Obesidade

GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Ubaldo Cesar Balthazar
Vice-Reitora: Alacoque Lorenzini Erdmann
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Cristiane Derani
Pró-Reitor de Pesquisa: Sebastião Roberto Soares
Pró-Reitor de Extensão: Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Celso Spada
Vice-Diretor: Fabrício de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento: Fabrício Augusto Menegon
Subchefe do Departamento: Lúcio José Botelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Gestora Geral do Projeto Sheila Rubia Lindner
Coordenação de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Obesidade

Autores

Dalvan Antonio de Campos
Priscila Porrua
Mariana Martins Pereira

Revisores

Nazaré Otília Nazário

Equipe Editorial

Carolina Carvalho Bolsoni
Thays Berger Conceição
Deise Warmling
Dalvan Antonio de Campos
Sabrina Blasius Faust

Assessoria Pedagógica

Márcia Regina Luz

Assessoria de Mídias

Marcelo Nogueira Capillé

Equipe Executiva

Patricia Dias de Castro
Gabriel Donadio Costa
Eurizon de Oliveira Neto

**Design Instrucional/
Revisão de Português e ABNT/
Elaboração das Questões Avaliativas**

Soraya Falqueiro

Obesidade

Identidade Visual/Projeto Gráfico	Pedro Paulo Delpino Bernardes
Diagramação/Esquemáticos/ Infográficos/Finalização	Laura Martins Rodrigues
Desenvolvedor Web	Kuassi Dodji Franck Kumako Paulo Alexander Godoi Lefol Tcharlies Dejandir Schmitz
Supervisão de Desenvolvimento Web	Sabrina Blasius Faust
Esquemáticos/Infográficos Web	Naiane Cristina Salvi
Fonte para Imagem e Esquemáticos	Adobe Stock, Rawpixel

P838a Porrua, Priscila

Alimentação e nutrição, saúde e sociedade / Priscila Porrua, Dalvan Antônio de Campos, Mariana Martins. – Florianópolis : UFSC, 2020.

62 p. : il.

E-book (PDF)

ISBN: 978-65-87206-26-4

1. Nutrição. 2. Saúde e sociedade. 3. Obesidade. I. Porrua, Priscila. II. Campos, Dalvan Antônio. III. Martins, Mariana. IV. Título.

CDU: 612.2

Obesidade

APRESENTAÇÃO	7		
1 MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	9	2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SUAS CONEXÕES COM O SUS	35
1.1 CONCEPÇÕES E MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE	10	2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)	36
1.1.1 Diferentes formas de explicar a saúde	10		
1.1.2 Modelos conceituais de saúde	13		
1.1.3 Modelo de Determinação Social da Saúde e Modelo Biomédico	14		
1.1.4 Conceito ampliado de saúde	16		
1.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	18	3 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
1.2.1 Cultura e alimentação	18	3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SUS: PROPÓSITO, DIRETRIZES E APlicabilidade na APS	39
1.2.2 Determinantes sociais da alimentação e nutrição	21	3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PROPÓSITO, DIRETRIZES E APlicabilidade na APS	42
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL	24	3.3 ATENÇÃO NUTRICIONAL NA APS: RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E ATENÇÃO INTEGRAL	45
2 SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL	26	3.4 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO	47
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	27	3.5 GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL	49
2.1.1 Direito Humano à Alimentação Adequada	27		
2.1.2 Segurança Alimentar e Nutricional e Soberania Alimentar	31		
2.2 A LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (LOSAN)	32	ENCERRAMENTO DO MÓDULO	56
2.3 GOVERNANÇA DA SAN NO BRASIL	34	REFERÊNCIAS	57
		MINICURRÍCULO DOS AUTORES	61

Obesidade

APRESENTAÇÃO

Olá, profissional.

Desejamos boas vindas ao módulo de Alimentação e Nutrição, Saúde e Sociedade.

Este módulo foi elaborado para proporcionar uma reflexão acerca dos impactos dos fatores sociais, econômicos e culturais sobre a alimentação e nutrição, além da organização das políticas públicas do Estado Brasileiro e da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesta etapa de estudo, abordaremos a relação entre a saúde e a sociedade, a alimentação e a nutrição, e suas repercussões na percepção e abordagem do sobrepeso e da obesidade. Também vamos aprofundar conhecimentos importantes sobre a trajetória conceitual e normativa do Direito

Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil, além de aspectos relevantes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do Guia Alimentar para a População Brasileira para organização da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS.

Desejamos a você bons estudos!

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de elaborar um diagnóstico social do território onde está inserido, composto por determinantes sociais, equipamentos e dispositivos legais de saúde, segurança alimentar e nutricional e ações intersetoriais para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.

CARGA HORÁRIA DE ESTUDO RECOMENDADA

Para estudar e apreender todas as informações e definições abordadas, bem como trilhar todo o processo ativo de aprendizagem, estabelecemos uma carga horária de **30 horas** para este módulo.

Obesidade

UN 1 MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Nesta unidade, vamos conhecer a influência da organização da sociedade na alimentação e nutrição e no processo saúde-doença, bem como as repercussões na percepção e abordagem do sobre peso e da obesidade. Para isso, trabalharemos as diferentes concepções da saúde, os modelos conceituais, os determinantes sociais de saúde, a cultura alimentar, os determinantes sociais de alimentação e nutrição, assim como as estratégias de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Acompanhe.

1.1 CONCEPÇÕES E MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE

Ao longo da história e entre as culturas existem diversas compreensões sobre o que é saúde e doença, bem como as formas de diagnóstico e terapêutica. Essa pluralidade

também pode ser observada nos significados sobre a composição corporal, a alimentação e a nutrição. A seguir, vamos explorar as principais concepções de saúde, os respectivos modelos conceituais e sua relação com a alimentação, a nutrição e o excesso de peso.

1.1.1 Diferentes formas de explicar a saúde

A necessidade de explicar porque os seres humanos adoecem, e como podem restabelecer sua saúde, é um tema que sempre acompanhou a humanidade. Ao longo da história, mesmo antes da ciência moderna, já existiam explicações para as causas das doenças, bem como formas de tratá-las e preveni-las. Essas explicações, em geral, utilizam conhecimentos mágicos, religiosos e/ou científicos. Vamos conhecer algumas a seguir, com base em Rosen (1994), acompanhe.



Antiguidade

A doença era atribuída a causas externas cuja explicação estava em fatores sobrenaturais, para posteriormente vincular-se ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local de tratamento e os sacerdotes como mediadores da cura.

	Grécia Antiga
	Surgiu a Teoria Hipocrática, que centrava nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo) as causas das doenças.
	Idade Média
	Sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso (castigo) e a cura é buscada em poderes miraculosos (relíquias, amuletos, água benta, exorcismo).
	Período do Renascimento
	Surgiu a Teoria Miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas.
	Revolução Industrial
	Emergiu a Teoria Social da Medicina com alguns revolucionários como Virchow e Neumann, que buscavam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho.
	Século XIX
	A partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença é alterado, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica.
	Século XX
	A insuficiência da Teoria Unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações multicausais, de caráter biológico e a-histórico, numa concepção reducionista do social.

Apesar da divisão histórica apresentada, devemos considerar que as diferentes percepções sobre a saúde e a doença coexistem na sociedade. Atualmente, a medicina científica, baseada em estudos e evidências, é a forma mais aceita de explicação no campo da saúde; entretanto, é comum os usuários buscarem outras formas de diagnóstico e tratamento, baseadas em diferentes rationalidades terapêuticas.



DESTAQUE

Como profissional da saúde, você poderá em algum momento estar diante de um desses casos. Lembre-se de ter uma abordagem empática, compreendendo os motivos pelos quais o paciente está buscando esses outros tratamentos, para então auxiliá-lo com as perspectivas terapêuticas que você utiliza na sua prática profissional.

As sociedades e suas culturas são dinâmicas, alteram-se ao longo do tempo. Essas variações influenciam no significado que as pessoas atribuem ao que é ou não saudável afetando as práticas cotidianas e, consequentemente, o perfil de morbimortalidade da população (FERNANDEZ, 2014).

Vamos refletir sobre o excesso de peso na sociedade ocidental, ao longo da história, para analisarmos tais mudanças socioculturais.

**DESTAKE**

Excesso de peso é a categoria que abarca o sobrepeso/pré-obeso, obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III.

1. Antes do século XIX os corpos volumosos eram considerados o padrão estético e de saúde, como se pode observar nas pinturas da época. A gordura era sinônimo de saúde, beleza e sedução. O excesso de peso era comum entre os nobres, devido ao acesso a alimentos em abundância e a não realização de atividade física desgastante. Deste modo, o poder financeiro e político estava associado ao excesso de peso, sendo a magreza sinal de dificuldade financeira, restrição de alimentos e posições sociais subalternas (ANDRADE, 2003). Esta percepção sobre a estética corporal permanece até meados de 1830, quando é criado outro código da beleza.

2. No contexto da sociedade industrial, com novos modos de produção e valorização da disciplina, passa-se a considerar o corpo magro, em especial o das mulheres, como sinal de autocontrole e poder sobre si, uma prova de domínio da mente sobre o corpo (WOLF, 1992).
3. Nas últimas décadas, essa valoração estética negativa sobre o excesso de peso intensificou-se, atingindo também a população masculina e diferentes faixas etárias, provocando transtornos alimentares, psicológicos, além de discriminação social. Concomitantemente, os estudos científicos passaram a identificar o excesso de peso como um problema de saúde pública por ser um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Deste modo, o acesso a uma alimentação adequada e saudável, a atividade física regular e a manutenção do peso corporal adequado passam a compor o padrão de estética e de saúde (FREITAS, 2010).

Veja que nos três momentos apresentados a percepção social e da saúde acerca do excesso de peso varia drasticamente, indo



de um padrão de beleza e saúde desejável até um problema estético e de doença. Assim, você pode perceber que as mudanças sociais e produção de conhecimento, ocorridas ao longo do tempo, influenciam na percepção sobre o que é ou não saudável e desejável.

Esta reflexão não objetiva desconsiderar os conhecimentos atuais acerca dos malefícios do excesso de peso à saúde

das pessoas, mas demonstrar que essas variações de significado sobre “o saudável” existem e podem estar presentes nos diferentes grupos sociais que compõem o seu território. Além disso, busca-se salientar que o acometimento das pessoas pelo sobre peso e pela obesidade está relacionado com a forma de organização e as características da sociedade.

Agora que já vimos algumas das diferentes formas de conceber saúde e doença, bem como sua relação com o sobre peso e a obesidade, vamos conhecer os principais modelos conceituais de saúde.

1.1.2 Modelos conceituais de saúde

Como vimos, existem diferentes formas de pensar a saúde e a doença. Essas variações influenciam na forma como os profissionais da saúde, ao longo do tempo, orientam as pessoas para terem hábitos saudáveis e estabelecem o diagnóstico e tratamento de doenças.

Conforme o desenvolvimento do conhecimento científico, foram criadas novas formas de explicação para tais fenômenos, bem como organizá-las em

modelos conceituais de saúde. O modelo conceitual é um conjunto de suposições baseadas na realidade e que busca indicar regras existentes.

No campo da saúde, os modelos conceituais são utilizados para explicar o

surgimento e a transmissão das doenças nas populações humanas, dando base para as terapêuticas. Destacam-se cinco principais modelos explicativos (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). Acompanhe as principais características de cada um dos modelos!



Mágico-religioso

Cabia aos deuses definir o estado de adoecimento e cura dos homens, sendo marcado pela noção de pecado-doença e redenção-cura.



Biomédico

Tem como abordagem a patogenia e a terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico. Caracteriza-se pela explicação unicausal da doença e enfoque nos aspectos biológicos. Entende o corpo como uma máquina que pode ser compreendido e tratado em partes isoladas, por especialistas.



Processual

Baseada no modelo de História Natural da Doença (LEAVELL; CLARK, 1976). Aponta que o corpo responde a estímulos patológicos do meio, tendo como desfecho a cura, o defeito, a invalidez ou a morte.



Sistêmico

A saúde e a doença são influenciadas por fatores políticos e socioeconômicos, fatores culturais, fatores ambientais e agentes patogênicos que estão relacionados sinergicamente. A modificação de um dos níveis afetará os demais.



Determinação social da saúde e da doença

A saúde e o adoecimento estão relacionados com o jeito como as pessoas vivem. Ou seja, são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Atualmente, tanto o Modelo Biomédico quanto o da Determinação Social da Saúde (DSS) e da Doença estão presentes na formação e prática dos profissionais da saúde, o que mostra que apesar das reformas curriculares e da formação para abordagem a partir dos determinantes sociais, ainda há hegemonia da abordagem biomédica (ARAUJO; GOMES DE MIRANDA, 2014; BRASIL, 2014a).

Devido à relevância desses dois modelos, bem como sua relação com a forma de abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no próximo item conhceremos melhor suas características e interfaces com o sobrepeso e a obesidade. Vamos lá!

1.1.3 Modelo de Determinação Social da Saúde e Modelo Biomédico

A ideia de determinação social da saúde tem suas origens na medicina social europeia dos séculos XVIII e XIX. Nesta época, houve um grande aumento dos problemas de saúde, devido à industrialização e seus efeitos, tais como: aumento da população urbana, desemprego, falta de alimentos, de moradia, jornada de trabalho excessiva. Assim, foi



possível perceber que as mudanças do modo de produção e organização social alteraram o processo saúde-doença da população (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

O movimento da Medicina Social, por identificar a importância da visão social, propunha ações sobre as condições de vida das pessoas e na estrutura das cidades, para diminuir os problemas de saúde. Essa forma de compreensão foi predominante até o final do século XIX e início do XX. Isso porque, após a descoberta da bactéria por Louis Pasteur e sua identificação como agente patogênico, houve grande euforia no meio científico (VERDI; DA ROS; SOUZA, 2013).

A identificação da doença em um agente causador (unicausalidade) trouxe uma ideia direta de cura. Ou seja, pensou-se que bastava identificar o agente causador e desenvolver um medicamento que o eliminasse.

Assim, aos poucos a ideia do processo de determinação social foi abandonada em detrimento da unicausalidade e de uma visão estrita ao biológico, que teve algum êxito com as doenças infecciosas e parasitárias. A consolidação do Modelo Biomédico vem com a publicação do Relatório Flexner, por Abraham Flexner, em 1910, o qual propôs um modelo ideal para formação médica, tendo como principais características:

a centralidade na cura de doenças, a assistência hospitalar, a atenção individual, o foco no biológico, a visão mecanicista do corpo e fragmentação da atenção pelas especialidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

**DESTAQUE**

Apesar das profundas críticas e da ineficiência de uma abordagem estritamente biomédica em um contexto de DCNT, como a obesidade, as ideias do Modelo Biomédico ainda estão presentes no campo da saúde, influenciando a formação e prática dos diversos profissionais.

O desafio da atenção à saúde das pessoas com excesso de peso é entender que esse modelo não é suficiente e nem adequado para abordar a obesidade e as DCNT.

Já as discussões sobre a determinação social da saúde ganham força no campo da saúde com o Movimento de Reforma Sanitária. Os determinantes de saúde são as circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença. Assim, estão relacionados a fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/

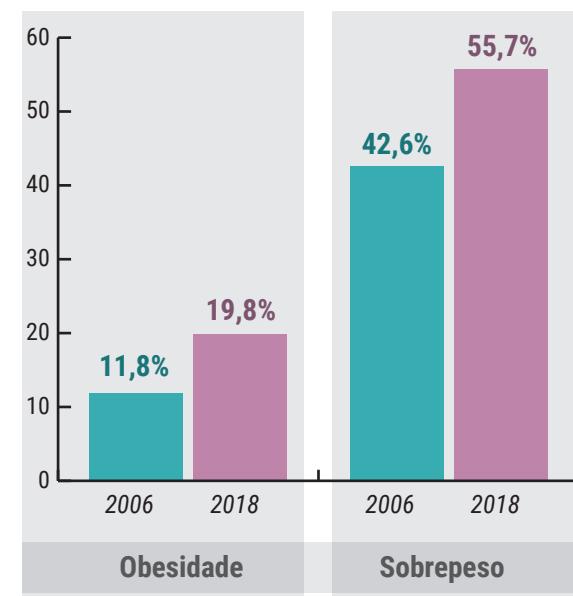
raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Os determinantes sociais em saúde estão ligados ao conceito de iniquidade, ou seja, as desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Nesse sentido, você já refletiu sobre o impacto de determinantes sociais de saúde como escolaridade, renda, emprego e produção de alimentos nos casos de sobrepeso e obesidade que você acompanha em seu território? Lembre que incluir os DSS no seu processo de trabalho não implica em desconsiderar o aspecto biológico. Atualmente há necessidade de um modelo híbrido que trabalhe com os aspectos biológicos, psíquicos e sociais em busca de uma abordagem integral e resolutiva para os problemas de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nas últimas décadas, vivenciamos profundas modificações do perfil epidemiológico, antropométrico e alimentar da população. Temos altas taxas de DCNT, de sobrepeso e obesidade, bem como um elevado consumo de alimentos ultraprocessados

e um baixo nível de atividade física (BRASIL, 2019). A Vigilância (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizada em 2018 pelo Ministério da Saúde, aponta que entre 2006 e 2018 tivemos:

- Aumento de 67% do número de pessoas com obesidade, variando de 11,8% para 19,8%.
- Aumento de 30% no número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), passando de 42,6% para 55,7%.



A obesidade é uma condição crônica multifatorial, relacionada a fatores genéticos, metabólicos, hormonais, ambientais, comportamentais, culturais e sociais, e também está associada ao surgimento de outras doenças crônicas. Características como baixa escolaridade, baixa renda, união conjugal (casados e viúvos) e envelhecimento são fatores associados às populações mais vulneráveis à origem e distribuição da obesidade. Ou seja, não há um agente etiológico específico da obesidade, característica comum das DCNT. Assim a abordagem para sua prevenção e controle deve ser voltada para os fatores sociais, comportamentais e biológicos, conforme a perspectiva ampliada de saúde (BRASIL, 2014b).

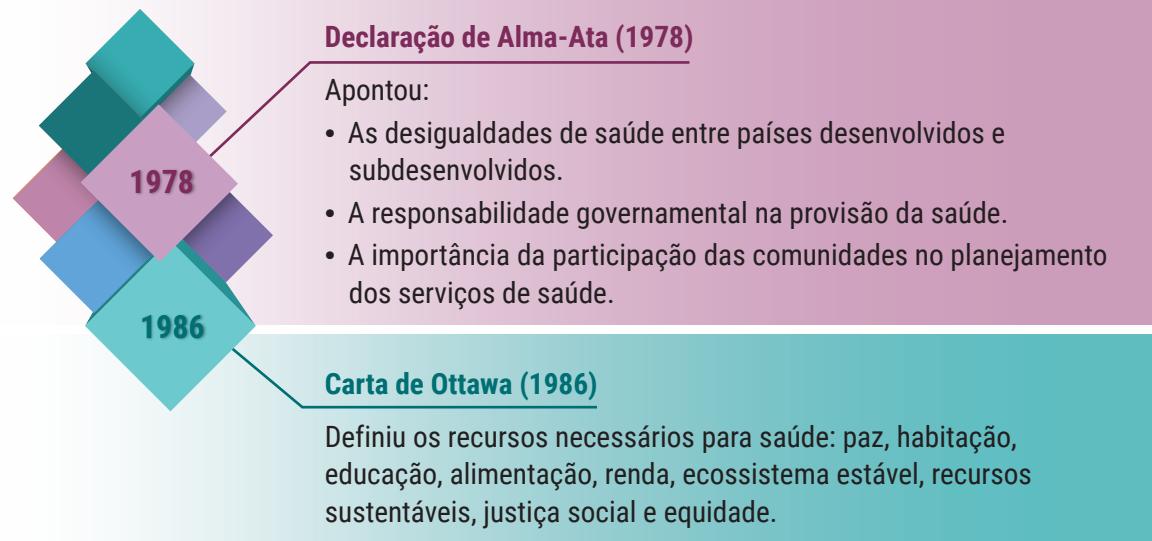
Agora que você conheceu as diferenças e a complementariedade dos dois principais modelos conceituais de saúde e sua relação com a atenção às pessoas com sobre peso e obesidade, vamos aprofundar conhecimentos sobre o conceito ampliado de saúde e sua implicação neste contexto. Acompanhe.

1.1.4 Conceito ampliado de saúde

O avanço do modelo biomédico, ao ser insuficiente para explicar o complexo processo de saúde e doença, além de apresentar elevado nível de intervenção e alto custo para a população e o Estado, impulsionou a divulgação do conceito ampliado de saúde. Publicado em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considera a saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Por seu caráter subjetivo e ideal de “perfeito bem-estar”, o conceito

foi considerado utópico e sofreu críticas, passando por aperfeiçoamentos nas conferências realizadas pela OMS nas décadas de 1970 e 1980 (SCLIAS, 2007).

As duas principais conferências que abordaram o tema foram: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá. Veja a seguir como se apresentam as principais contribuições dessas conferências para a estruturação do conceito ampliado de saúde.



No Brasil, o conceito de saúde adotado na Constituição de 1988 utiliza a perspectiva ampliada, proposto no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. No relatório final, a saúde é tratada como resultante de condições como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Desta forma, a saúde é resultante das formas de organização social que podem gerar grandes desigualdades nos diversos níveis da vida (BRASIL, 1986, p. 4).

O conceito ampliado norteia os trabalhos no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a saúde e a doença como processos que relacionam condições biológicas, sociais, políticas, econômicas, ideológicas e culturais. Assim, como avanços desta perspectiva, podemos destacar o trabalho com:

4. Promoção de saúde: ações desenvolvidas sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde que influenciam favoravelmente a qualidade de vida (CZERESNIA, 1999). **Exemplo:** articulação com agricultores para realização de feiras de alimentos orgânicos no seu território melhorando

a acessibilidade aos alimentos saudáveis.

5. Prevenção de doenças: ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, diminuindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 1999). **Exemplo:** realização de abordagem individual ou coletiva para orientação alimentar e prática de atividade física para pessoas com sobrepeso identificadas na população adscrita.



Para saber mais sobre as diferenças entre prevenção de doenças e promoção de saúde, acesse o texto "O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção", de Dina Czeresnia, acessando o link: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>>.

A adoção do conceito ampliado possibilita o planejamento de ações sobre os aspectos comportamentais e sociais determinantes no desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade. Acompanhe a seguir, elementos que devem ser considerados na abordagem das pessoas com excesso de peso.

Aspectos sociais:

Alimentação



Habitação



Educação



Renda



Trabalho



Meio ambiente



Lazer



Emprego



Transporte



Liberdade



Acesso e posse da terra



Aspectos comportamentais:

Atividade física



Uso de álcool



Hábitos alimentares



Hábito tabágico



Agora que já estudamos a importância da utilização da perspectiva ampliada de saúde para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, vamos aprofundar alguns dos determinantes sociais da alimentação e nutrição. Siga para conferir!

1.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A alimentação e a nutrição também são influenciadas por questões socioculturais, geográficas, econômicas e biológicas que vão desde acessibilidade a determinados tipos de alimentos, passando pelas tradições e preferências alimentares aprendidas no contexto familiar, indo até os efeitos dos hábitos alimentares na nutrição do organismo (BRASIL, 2013; PRADO et al., 2016).

Neste item vamos aprofundar os conhecimentos sobre os aspectos sociais e culturais relacionados à alimentação, identificando os seus determinantes sociais e as suas implicações no perfil alimentar e nutricional da população.

1.2.1 Cultura e alimentação

A alimentação de um povo é parte constituinte de sua identidade cultural e, juntamente com outros elementos, dá significado à sua existência. Assim, as tradições e os costumes relacionados à alimentação estão intimamente relacionadas

também com as crenças, os tabus e a religião dos povos, e ordenam suas atividades cotidianas (CANESQUI, 2005).



Na alimentação humana há um encontro entre natureza e cultura, uma vez que, comer é uma necessidade vital e também um mediador das relações sociais e culturais.

As relações em torno da refeição, ato imerso em simbologias e significados, proporcionam convívio e trocas aos que se reúnem para esse evento. Sendo assim, o quê, quando e com quem comemos está relacionado com às normas culturais vigentes, fazendo parte de um sistema simbólico acerca da alimentação.



O ato de comer está presente nos mais diversos momentos, como: reuniões, festas, encontros, banquetes, passeios, viagens, ceremoniais, aniversários, dentre outros. Veja que para cada um desses momentos utilizamos diferentes tipos de preparações culinárias, em datas, horários e/ou períodos do ano específicos, e convidamos diferentes pessoas.

Ou seja, a alimentação é polissêmica, está articulada à cultura em que vivemos e possui significados que transcendem a manutenção do funcionamento do organismo. Devido a isso, mesmo com a possibilidade tecnológica, não utilizamos apenas moléculas de nutrientes para suprir as necessidades orgânicas (BRASIL, 2013). Deste modo, devemos considerar diferentes elementos para compreender o processo de escolha alimentar, tais como: acesso, produção, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos (TEUTEBERG, 2009).

Além disso, a regionalidade – que considera a articulação do espaço geográfico com as teias de relações sociais, econômicos e culturais (SANTOS, 1988) – é determinante nos hábitos alimentares. O Brasil, devido a suas dimensões continentais

e a diversidade cultural de seus habitantes apresenta uma gama variada de alimentos e comidas regionais. Vejamos os exemplos a seguir!

Região Norte

Os índios nativos tinham como alimento básico a mandioca, que até hoje compõe os pratos típicos da região. É usada no preparo do tucupi, um molho feito a partir do “sucu” da mandioca ralada, espremida, decantada e fervida, com adição de alfavaca e chicória. Os peixes, as castanhas e frutas silvestres também são marcas da alimentação no Norte. Como exemplos de pratos típicos temos: pato no tucupi, o tacacá, entre outros.

Região Nordeste

Possui influência indígena, portuguesa, africana, holandesa, francesa e inglesa, por isso sua culinária é rica e variada. A região é dividida em duas partes: a zona da mata (litoral do Piauí ao sul da Bahia) e sertão nordestino (polígono das secas). A primeira, com solo fértil, tem como alimentos mais usados a farinha de mandioca, o feijão, a carne seca, a rapadura e o milho. No sertão, se utiliza a carne (bovina e caprina), o leite, o queijo e a manteiga. Como exemplos de pratos típicos temos: angu, cuscuz, carne de sol, queijo com rapadura, batata-doce com café, acarajé, abará, entre outros.



Região Centro-Oeste

Antes da abertura da rodovia Belém-Brasília e da mudança da capital para a Brasília, a região era isolada, sendo sua culinária relacionada aos recursos do meio ambiente, especialmente da pesca e da caça. A migração de famílias do Sul e Sudeste para trabalho na agricultura e pecuária ampliou a culinária, mas sem comprometer os pratos existentes. Como exemplos de pratos típicos temos: peixe na telha, peixe com banana, carne com banana, bolinhos de arroz, entre outros.

Região Sudeste

Composta pelos estados mais ricos do país, essa região tem sua comida influenciada pelo processo de colonização. A busca por ouro e diamante levou os bandeirantes às Minas Gerais. Em São Paulo houve a fixação dos imigrantes italianos; os espanhóis e árabes no Rio de Janeiro; e os alemães e italianos no Espírito Santo. Além disso, se soma os costumes portugueses, africanos e indígenas. Como exemplos de pratos típicos temos: moqueca de peixe e camarão à base de coentro e urucum, quibebe de abóbora, virado paulista, tutu com torresmo, feijão tropeiro, vaca atolada, doce de buriti, doce de leite, queijo de minas, pizza, entre outros.

Região Sul

Possui a maior influência de imigrantes, com italianos, alemães, poloneses e ucranianos, que se estabeleceram na atividade agrícola. Os poloneses contribuíram com pratos à base de repolho, pão de leite e sopas. Os italianos, com o cultivo da uva e seus derivados, bem como os embutidos de carne, sorvetes, queijos e massas. Os alemães conservaram o cultivo da batata, as carnes defumadas, a linguiça e os laticínios. A presença açoriana no litoral e da cultura gaúcha dos pampas também marcaram a culinária. Como exemplos de pratos típicos temos: arroz carreteiro, churrasco gaúcho, cuca alemã, barreado, tainha assada, entre outros.

Fonte: BRASIL, 2015a.

Mediante esta diversidade identificada na culinária nacional fica a questão: poderíamos identificar uma comida típica do brasileiro? A resposta é sim, o feijão com arroz. Essa combinação garante uma dieta com boa qualidade nutricional, energética e proteica, ficando completa quando associada com legumes, verduras e carne (BRASIL, 2014c).



SAIBA +

Para conhecer mais detalhes sobre a cultura alimentar brasileira acesse o material do Ministério da Saúde no link: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentos_regionais_brasileiros_2ed.pdf>.

Conheça também a ferramenta Biodiversidade & Nutrição com informações sobre alimentos regionais no link: <<https://ferramentas.sibbr.gov.br/ficha/bin/view/FN>>.

Entretanto, atualmente, as mudanças sociais e a influência da indústria de alimentos e da mídia vêm produzindo alterações profundas e prejudiciais na cultura alimentar brasileira. A individualização dos modos de vida e as diferentes configurações de

horários de trabalho, como exemplos, estão fazendo com que o convívio, associado à produção e ao consumo das refeições, perca a importância.

A indústria de alimentos cada vez mais desenvolve produtos que substituem a prática culinária na cozinha doméstica. Alimentos prontos para o consumo, preparações congeladas, alimentos pré processados são alguns exemplos. Consome-se cada vez menos alimentos *in natura* em detrimento de alimentos processados industrialmente, que geralmente possuem pior qualidade nutricional, com grandes quantidades de sódio, açúcar e gordura.

A indústria de alimentos, ao mesmo tempo em que alega contribuir com a praticidade da alimentação, em um contexto de trabalho distante das residências, falta de tempo e de habilidades culinárias para produção de refeições, promove uma padronização dos hábitos alimentares e o rompimento abrupto com a cultura alimentar. Assim, temos uma homogeneização da alimentação entre as diferentes regiões do país, com aumento de consumo dos alimentos industrializados (CANESQUI, 2005).

A isso, acresce-se a associação entre a indústria de alimento e a mídia. Mais de dois terços dos comerciais relacionados à alimentação na televisão são de publicidade de alimentos industrializados e de redes de *fast food*, reforçando e incentivando o consumo desses produtos não adequados e saudáveis para a nutrição da população. Além disso, as redes sociais como *Instagram* e *Facebook*, e mídias sociais como *YouTube*, também estão sendo utilizadas para divulgação desses alimentos que, em sua maioria, são industrializados do tipo ultraprocessado, como salgadinhos “de pacote”, biscoitos recheados, cereais matinais e refrigerantes e outras bebidas adoçadas (BRASIL, 2014b).



O *marketing* induz vontades e desejos, e gera uma necessidade praticamente real de consumo de alimentos industrializados ultraprocessados, o que contribuiu para uma alimentação inadequada.

O contexto apresentado não se limita à produção de novos e maus hábitos alimentares. Sua principal repercussão se apresenta em uma grande e crescente prevalência de

sobrepeso e obesidade e rompimento com a cultura e práticas alimentares da população brasileira.

Ou seja, o modo de vida moderno, marcado pelo consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, além da inatividade física, se apresenta como um dos maiores desafios para a abordagem do excesso de peso (BRASIL, 2019).

É importante compreender e identificar as implicações desse cenário na sua população adscrita, buscando articular as ações intersetoriais para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade. Assim, para auxiliar neste processo, no próximo item vamos conhecer os principais determinantes sociais de alimentação e nutrição. Vamos lá!

1.2.2 Determinantes sociais da alimentação e nutrição

Os fatores sociais e culturais influenciam no relacionamento humano com os alimentos, bem como na formação dos hábitos alimentares. As condições de vida e de acesso aos alimentos, considerando a produção, a distribuição, a comercialização, a escolha, o preparo e o consumo são

determinantes para uma alimentação adequada e saudável da população.

Neste sentido, uma perspectiva ampliada da alimentação e nutrição deve considerar aspectos como:

- necessidades nutricionais das diferentes fases do curso da vida;
- necessidades alimentares especiais (sobrepeso e obesidade, carências de micronutrientes, desnutrição, alergias e intolerâncias alimentares);
- diferentes culturas alimentares;
- questões de gênero, raça e etnia;
- acessibilidade do ponto de vista físico e financeiro aos alimentos;
- acesso a quantidade e qualidade adequada de alimentos;
- práticas produtivas adequadas e sustentáveis.

Em relação aos determinantes sociais da alimentação e nutrição, deve-se considerar um conjunto de fatores expressos em três níveis sócio organizacionais (KEPPEL; SEGALL-CORRÊA, 2011), conforme apresentados a seguir:

1. **Macro (econômicos):** o sistema político-econômico mundial e nacional, as políticas econômicas, sociais, agríco-

las e ambientais e o reconhecimento do direito à segurança alimentar e nutricional.

2. Meso (regionais e locais): o preço dos alimentos praticado no mercado local, o custo de outras necessidades essenciais (saúde, educação, moradia, etc.), existência de programas para pessoas e famílias em risco social (perda da capacidade laboral por idade, acidentes, problemas de saúde, problemas associados às fases da vida e fatores econômicos), racismo e qualquer forma de discriminação negativa, programas de saúde e de educação, mercado de trabalho (emprego, salário e estabilidade), cultura alimentar, presença de saneamento básico e vigilância sanitária.

3. Micro (domiciliares/individuais): escolaridade, perfil demográfico, raça/cor, saúde, acesso a serviços e ações de educação alimentar e nutricional, renda disponível e estabilidade financeira, participação em programas sociais e na rede social de apoio da família.

Considerando que o sobrepeso e a obesidade também são situações de

insegurança alimentar, é importante utilizar, em seu território, os fatores descritos anteriormente para identificar problemas que possam interferir na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), impactando na distribuição do excesso de peso na população que você acompanha.

Para ilustrar, vamos pensar em dois grupos com grandes diferenças alocados em um mesmo território: o primeiro, vive em uma parte urbanizada e bem estruturada, com maior poder aquisitivo, acesso a supermercados, feiras, escolas, unidade de saúde próximos aos domicílios; o segundo, outro vive em uma região periférica, sem infraestrutura urbana e saneamento básico, com menor poder aquisitivo e distante dos comércios e serviços públicos. Veja que os dois grupos estão submetidos a condições de vida e acesso a bens e serviços diferentes, e que as pessoas que compõem o segundo grupo apresentam maior risco de estarem em situação de insegurança alimentar, quando comparadas com o primeiro.

A presença de locais que comercializam alimentos saudáveis próximos às residências favorece uma alimentação saudável, devido à maior disponibilidade física desses

alimentos no território, favorecendo o consumo, por exemplo de maior consumo de frutas, legumes e verduras. Como esses alimentos são perecíveis, exigem compra frequente. Deste modo grupos que não conseguem acessar facilmente esse tipo de locais de venda tendem a ter disponíveis em casa e consumir mais alimentos industrializados. Além disso, fatores como menor escolaridade e renda da família estão relacionados com a baixa disponibilidade de alimentos saudáveis (SOARES; FRANCA; GONÇALVES, 2014).



A qualidade, a disponibilidade, o acesso, a utilização e a estabilidade do alimento ficam comprometidas a depender do contexto em que se vive, devido às iniquidades relacionadas aos determinantes sociais.

Entretanto, apesar das diferenças, a presença de produtos industrializados ultraprocessados nos alimentos disponíveis no domicílio é uma realidade comum na maioria das famílias brasileiras. Isso indica que há uma ocidentalização da dieta, situação que já ocorre em outras partes do mundo (SOARES; FRANCA; GONÇALVES, 2014).

Evidencia-se a necessidade de trabalhar sobre o ambiente obesogênico, que é o ambiente organizado de forma a induzir a adoção de comportamentos alimentares inadequados e pouca prática de atividade física pelos indivíduos, hábitos de vida que favorecem o sobrepeso e obesidade (FISBERG et al., 2016). Ou seja, é importante compreender e modificar as características que favorecem a alimentação inadequada, inatividade física e problemas de saúde mental relacionados ao excesso de peso (FISBERG et al., 2016).

No processo de territorialização, você deve identificar características que contribuem para o favorecimento de um ambiente obesogênico, como os descritos no infográfico ao lado. Isso possibilitará, a partir da articulação com outros setores do poder público e da sociedade civil, o desenvolvimento de um ambiente que contribua para prevenção e cuidado do sobrepeso e da obesidade em sua comunidade.

Agora que estudamos os determinantes sociais da alimentação e nutrição, vamos trabalhar os aspectos relacionados à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, bem como sua importância para o cuidado das pessoas com excesso de peso.



1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

A promoção da saúde ganhou destaque no campo da saúde pública a partir da década de 1980. A Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em novembro de 1986, é a referência para o desenvolvimento da promoção à saúde. Ela declara que para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2018a).

A Carta de Ottawa propõe dentre os campos de ação da promoção da saúde: o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios à saúde, o fortalecimento da ação comunitária em saúde, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde.

No SUS, a promoção da saúde é entendida como a possibilidade de transformar os aspectos que determinam o processo saúde-doença, tais como (BRASIL, 2018a):

- violência,
- desemprego,
- falta de saneamento básico,
- habitação inadequada ou ausente,
- falta de acesso à educação,
- fome,
- alimentação inadequada,
- urbanização desordenada,
- má qualidade do ar e da água.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) integra a Promoção da Saúde, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PAAS é definida como “prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente” (BRASIL, 2013, p. 31). Deste modo, ela está vinculada a estratégias de melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural).

O elenco de estratégias de saúde direcionadas à PAAS deve contemplar atividades de incentivo, apoio e proteção articuladas com outras ações de promoção da saúde, principalmente relacionada à

prática de atividade física (BRASIL, 2013). Veja a seguir o que essas estratégias envolvem:

1. Educação alimentar e nutricional promovendo autonomia e respeitando a cultura alimentar.
2. Estratégias de regulação de alimentos (rotulagem, informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos).
3. Criação de ambientes promotores de alimentação adequada e saudável (bairros, escolas, locais de trabalho).

A PAAS pressupõe a articulação da saúde com outros setores, nas diferentes esferas de governo, com participação do controle social e do setor privado. Deste modo, a responsabilidade das equipes da APS extrapola os limites das unidades de saúde, sendo necessário o trabalho intersetorial, bem como a atuação em equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social, ambientes de trabalho, locais de produção e distribuição de alimentos, restaurantes populares e cozinhas comunitárias, dentre outros.



O trabalho com a promoção de saúde e PAAS são formas amplas de intervir em saúde contribuindo para escolhas saudáveis, indispensáveis para manutenção da saúde, mas também para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Assim, para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade na APS, como profissional da saúde, você deve orientar a população para adoção de hábitos saudáveis com ênfase na alimentação adequada e saudável e na prática de atividade física (ALMEIDA et al., 2017). É indispensável, também, o reconhecimento dos espaços disponíveis para aquisição de alimentos saudáveis e realização de atividade física no seu território.

Visto que você já aprendeu sobre a determinação social da alimentação e nutrição e sua importância para promoção de saúde, além de conhecer a PAAS como estratégia para abordagem do sobrepeso e da obesidade, vamos trabalhar na próxima unidade a relação intrínseca e interdependente da Segurança Alimentar e Nutricional e da saúde.

Obesidade

UN 2
SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR
E NUTRICIONAL NO BRASIL

Nesta unidade vamos abordar a trajetória conceitual e normativa de temas fundamentais como o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a relação desses com a alimentação adequada e saudável e o controle do sobrepeso e da obesidade.

Para elucidar a aplicabilidade dos conceitos, daremos ênfase à Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), ao Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e, neste contexto, vamos conferir como se articulam a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Acompanhe.

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

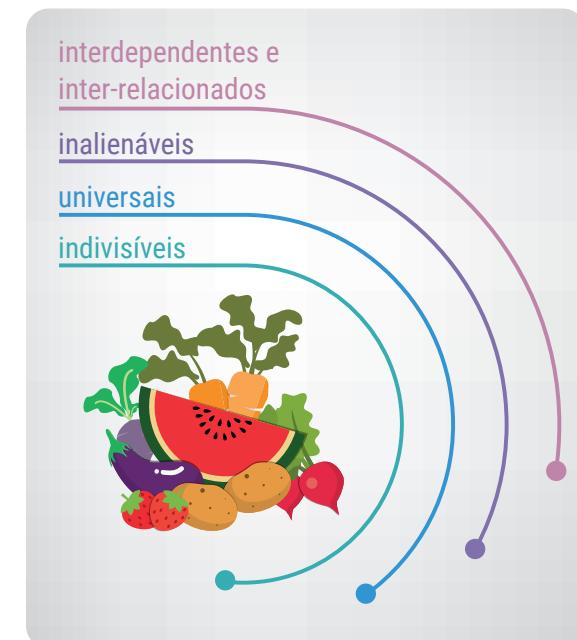
Existem alguns conceitos indispensáveis para o entendimento da perspectiva adotada pelo Estado brasileiro para construção das políticas públicas e orientação da atuação dos profissionais de saúde nas ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS.

Apresentaremos, nesta unidade, os conceitos de Direito Humano à Alimentação

Adequada, Segurança Alimentar e Nutricional, Soberania Alimentar e Alimentação Adequada e Saudável e como se relacionam com o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Então, vamos lá!

2.1.1 Direito Humano à Alimentação Adequada

Tanto a alimentação quanto a saúde são direitos humanos e ambos se caracterizam por serem:



Ou seja, não haverá saúde se não houver a garantia da alimentação adequada e ambas são variáveis que compõem condições mínimas para a dignidade e existência (ABRANDH, 2010).

Historicamente são discutidas formas de assegurar o acesso aos Direitos Humanos, com destaque para a Carta Internacional dos Direitos Humanos que reúne: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC); e o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP).

Neste contexto, no PIDESC, em 1966, foi elaborado o termo Direito Humano à Alimentação Adequada, que influenciou as políticas e programas implementados no Brasil, com duas dimensões inseparáveis:

1. Direito de estar livre da fome e da má nutrição; e
2. Direito à alimentação adequada.

Sendo assim, o Direito Humano à Alimentação Adequada é definido como: "direito à alimentação adequada ocorre quando todo homem, mulher ou criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimen-

tação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção" (ONU, 1999, p. 2).

No Brasil, o direito social à alimentação foi incorporado à Constituição em 2010, por meio da Emenda Constitucional nº 64. Entretanto, na construção do SUS a pauta de alimentação e nutrição estava incorporada na agenda do Estado. Destaca-se a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), que aborda o tema em diversos artigos, confira a seguir:

Artigo 13: determina que "a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, deve abranger dentre as atividades, especialmente, alimentação e nutrição".

Artigo 16: estabelece que dentre as competências da direção nacional do SUS é necessário: formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.

Artigo 17: determina dentre as competências da direção estadual do SUS a coordenação e, em caráter complementar, execução de ações e serviços de vigilância de alimentação e nutrição.

Artigo 18: trata das competências da direção municipal do SUS e determina que nessa esfera sejam executados serviços de vigilância alimentar e nutricional.

O debate e a solidificação do Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto brasileiro ocorreram por meio da criação:

- do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 1993;
- das Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional (1994, 2004, 2007, 2011 e 2015);
- da promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para a promoção do DHAA; e
- da constituição do I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan) (GABE; JAIME, 2019).

Alinhado com as proposições internacionais, no Brasil entende-se que para que efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada é obrigatório que haja:

1. Disponibilidade: alimentos saudáveis disponíveis para obtenção e consumo

Exemplo de violação da dimensão disponibilidade: Uma equipe de profissionais da saúde, em conjunto com a nutricionista

responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), realizou a avaliação antropométrica dos estudantes de um determinado território e constatou que há um percentual elevado de alunos com diagnóstico de sobre peso e obesidade. Também foi observado que no território não há feiras e os alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, arroz, feijão, são adquiridos em um único mercado cujo abastecimento é irregular e, portanto, nem sempre estão disponíveis. Em 90% dos referidos casos, os responsáveis pelos recursos financeiros do domicílio trabalham de 40 a 44 horas semanais e se alimentam predominantemente de lanches adquiridos nas proximidades do trabalho, alegando que os "pratos feitos" são mais caros.

Quanto aos alunos das escolas municipais, foi verificado que após a troca de gestão municipal estão sendo adquiridos para o PNAE muitos alimentos ultraprocessados e processados, considerados restritos pela legislação que regulamenta a alimentação escolar no Brasil.

Além disso, há cantinas escolares que vendem somente alimentos ultraprocessados e processados, e em frente às escolas há

comércio desses mesmos alimentos. Nesse caso, a situação de insegurança alimentar e violação do DHAA se relacionam com a não disponibilidade de alimentação adequada e saudável dentro das escolas já que a gestão municipal do PNAE não está cumprindo a função institucional como deveria.



Além disso, os alimentos adequados e saudáveis estão indisponíveis no território para compra pelas famílias e não há recursos financeiros suficientes para aquisição, mesmo em outros espaços. É competência do Estado e governos, incluindo o local,

promover ou fomentar programas e políticas públicas que aumente a disponibilidade – física e a preços acessíveis – de alimentos saudáveis no território. Esta situação de insegurança alimentar é determinante para o excesso de peso (sobre peso e obesidade).

2. Adequação: Alimentos adequados em seus aspectos nutricionais e sanitários, devendo contemplar também referenciais de cultura, etnia e religião

Exemplo de violação da dimensão adequação: Os profissionais da saúde visitaram uma aldeia indígena e verificaram que há escassez de recursos e alimentos para as famílias. No local há expressivo número de casos de excesso de peso e baixa estatura em crianças. O cacique relata que os alimentos que deveriam ser entregues à escola da aldeia não são entregues com regularidade e permanência e que muitos alimentos que chegam à escola (produtos ultraprocessados como ervilha enlatada e tortas salgadas em pó), acabam sendo desperdiçados por não fazerem parte da cultura alimentar. O cardápio da escola é feito sem a opinião dos moradores da comunidade e, deste modo,

não é realizado o levantamento e diagnóstico do que seria a cultura e o hábito alimentar.

3. Acesso: possibilidade de acesso econômico e físico a alimentos saudáveis

Exemplo de violação da dimensão acesso:

a. Ocorreu um derramamento de petróleo que colocou em situação de risco à saúde uma comunidade inteira de pescadores artesanais. Os moradores da comunidade dedicavam-se exclusivamente à pesca e ao beneficiamento de peixes e frutos do mar como a principal fonte de renda e abastecimento alimentar. Nesse caso, com a inviabilização da pesca, os pescadores não conseguiram gerar renda e com isso perderam o acesso econômico aos alimentos e outros direitos fundamentais.

b. Em outro caso, uma comunidade que reside em região pouco povoada e produz a maior parte dos alimentos consumidos sofre no período de intempéries. Todos os anos, quando

ocorrem as secas, os moradores são prejudicados com a escassez de alimentos em virtude da dificuldade de acesso físico.

Em ambos os casos, o Estado (governo das 3 esferas e a sociedade civil organizada) têm obrigação prover alimentação adequada e saudável até que as comunidades restabeleçam seu equilíbrio e condições de produção e abastecimento de alimento. Por exemplo, por meio de provimento direto; organização de feiras de agricultores locais, abastecimento de água, entre outras estratégias.

4. Estabilidade do acesso: possibilidade de acesso de forma regular e permanente a alimentos saudáveis

Exemplo de violação da dimensão estabilidade do acesso: devido a um desastre/ crime ambiental numerosas famílias ficaram desabrigadas e sem alimentação. A gestão municipal se mobilizou para entregar cestas básicas às famílias, porém, em quantidade e periodicidade insuficiente. Deste modo, a estabilidade no acesso aos alimentos não é

regular e permanente e isso se caracteriza como uma situação de violação do Direito Humano à Alimentação Adequada.



Perceba que tanto a falta de alimentos quanto a dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis constituem-se com violação do direito à alimentação adequada. Neste sentido, devemos considerar no trabalho na APS o excesso de peso como uma situação de insegurança alimentar dependente desses fatores.

Articulado ao Direito Humano à Alimentação Adequada, temos a construção do conceito brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional, indispensável para a efetivação do direito à alimentação. Discutiremos esse tema no próximo tópico.

2.1.2 Segurança Alimentar e Nutricional e Soberania Alimentar

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional assim como o de saúde, evoluiu ao longo do tempo. Historicamente, foi associado à segurança nacional, considerando a capacidade dos países de prover alimentos para minimizar a vulnerabilidade política e militar. Todavia, após as duas Guerras Mundiais e com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), outras perspectivas foram propostas e ficaram evidentes as tensões políticas geradas a partir dos distintos entendimentos sobre o que seria segurança alimentar (BRASIL, 2013).

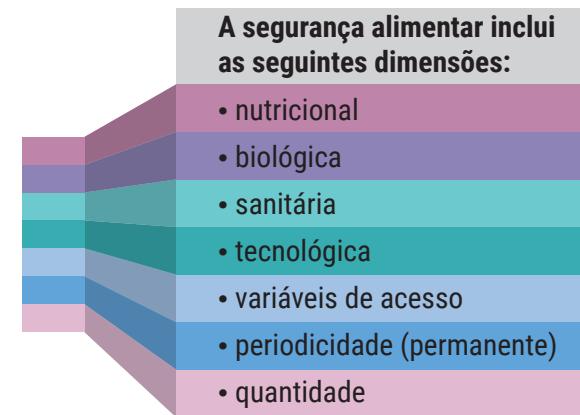
Àquela época, houve uma polarização na discussão entre os que defendiam a alimentação adequada enquanto direito a ser provido pelo Estado contra os que entendiam o alimento como mercadoria e, deste modo, a segurança alimentar seria assegurada a partir de mecanismos de mercado. Neste contexto, a segurança alimentar durante um longo período foi relacionada especificamente à disponibilidade (quantidade) de

alimentos e a falta desses ligada a um déficit de produção, ou seja, acreditava-se que as pessoas passavam fome porque não era produzida a quantidade suficiente de alimentos (BRASIL, 2010).

Nesta lógica, a Revolução Verde foi a proposta para a necessidade de ampliar a produção de alimentos. Sendo concretizada pela introdução da tecnificação agrícola com aproximação de empresas transnacionais e seus pacotes tecnológicos (sementes, máquinas, agrotóxicos) no meio rural. Neste período, houve reforço da noção “alimento-mercadoria” e incentivo da expansão de monocultivos como a soja, sem impacto sobre a situação de fome da população (ARAÚJO, 2019).

Assim, na Conferência Mundial de Alimentação, que aconteceu em 1974, foi recomendado que, associado ao aumento da produção de alimentos, fossem implementadas políticas para o armazenamento e a distribuição, com vistas a mitigar a fome e garantir o acesso aos alimentos. Todavia, seguiu-se com problemas de acesso físico e econômico aos alimentos no contexto nacional e internacional. Neste cenário, a partir da década de 1990, o conceito de segurança alimentar se amplia agregando as

dimensões descritas a seguir, confira!



Neste percurso, destacam-se as declarações da Conferência Internacional de Nutrição (1992/FAO/OMS) e a Cúpula Mundial da Alimentação (1996/FAO), quando o termo Segurança Alimentar e Nutricional começou a se consolidar reconhecendo-se a associação direta entre o acesso ao Direito Humano à Alimentação Adequada (BRASIL, 2010).

No Brasil, a partir de 2003, a alimentação é tratada como um direito da população que deve ser garantido pelo Estado por meio das políticas públicas. Neste sentido, o conceito de SAN, adotado pelo Brasil e construído de forma participativa (sociedade e governo), é entendida como:

66

a 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, 2013, p. 24).

Além dos avanços normativos, conceituais, das estratégias implementadas para assegurar a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada, é importante destacar que houve a redução da miséria, e a saída do Brasil do Mapa da Fome da FAO.

Apesar disso, nosso país ainda mantém desigualdades sociais que impactam diretamente na qualidade da alimentação. Há um aumento das taxas de sobrepeso e obesidade, coexistindo com a fome e a desnutrição: temos um contexto complexo, que é agravado pela visão do alimento como mercadoria, ocasionando problemas socioeconômicos, ambientais e de saúde pública (ARAÚJO, 2019).

Em busca de um sistema alimentar mais adequado e que contribua para uma alimen-

tação adequada e saudável, temos a soberania alimentar, compreendida como o direito de decisão dos diferentes povos acerca do seu próprio sistema alimentar, produzindo alimentos saudáveis e adequados à sua cultura, de maneira sustentável, com possibilidade de acesso e que priorize as pessoas que produzem, distribuem e consomem os alimentos em relação às exigências de mercado (BRASIL, 2013).

Ao compreender os conceitos, dimensões e fundamentos da Segurança Alimentar e Nutricional, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Soberania Alimentar, os profissionais da saúde podem dimensionar e abordar o problema do sobrepeso e da obesidade, de forma mais resolutiva, buscando atuação multidisciplinar e intersetorial, considerando que as escolhas alimentares possuem determinantes de distintas complexidades - individuais, coletivos e estruturais - e sobre os quais a população e as famílias do território terão (ou não) capacidades e competências para modificá-los por meio de ações individualizadas.

Como vemos, a organização de nosso sistema alimentar não favorece práticas alimentares saudáveis, pois em geral os

interesses econômicos sobrepõem os da saúde, gerando problemas de saúde pública, aumentos de gastos em saúde e diminuição da qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2017). Assim, o trabalho dos profissionais da saúde na APS passa pela compreensão dessa problemática nos territórios e pelo desenvolvimento de ações junto à população para adoção de um estilo de vida saudável.

Para avançarmos na aplicabilidade dos conceitos de abordados acima, no próximo item conhiceremos quais são os princípios, as diretrizes e os componentes do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que, quando estruturado, redundou em um impacto importante na redução da fome e da desnutrição, mas que não avançou no controle da obesidade, vez que sofreu interrupção em sua governança, a partir de 2015.

2.2 A LEI ORGÂNICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (LOSAN)

No contexto brasileiro, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) é um marco normativo que sistematizou conceitos e práticas fundamentais no

âmbito de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006). Ela reforça a perspectiva da alimentação como direito social, cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), estabelece os fluxos de exigibilidade e os deveres do Estado em relação à alimentação e nutrição. O Art. 2º da LOSAN afirma que:



A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2006, p. 3).

Além disso, reafirma o caráter multidimensional da alimentação, recomendando que as políticas públicas levem em conta as dimensões: ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais. Sendo que elas devem respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2006).



O SISAN é o sistema por meio do qual se organiza a estrutura para efetivação do direito humano à alimentação e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

O SISAN está para a alimentação e nutrição assim como o SUS está para a saúde. Deste modo, é regido por quatro princípios e seis diretrizes que norteiam o planejamento das intervenções, a saber:

Princípios

- I. Universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada, sem qualquer espécie de discriminação.
- II. Preservação da autonomia e respeito à dignidade das pessoas.
- III. Participação social na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional em todas as esferas de governo.
- IV. Transparência dos programas, das ações e dos recursos públicos e

privados e dos critérios para sua concessão.

Diretrizes

- I. Promoção da intersetorialidade de políticas, programas e ações governamentais e não-governamentais.
- II. Descentralização das ações e articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo.
- III. Monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo.
- IV. Conjugação de medidas diretas e imediatas de garantia de acesso à alimentação adequada, com ações que ampliem a capacidade de subsistência autônoma da população.
- V. Articulação entre orçamento e gestão.
- VI. Estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação de recursos humanos.

Torna-se evidente a relação dos princípios e diretrizes do SISAN com o arcabouço teórico e ideológico do SUS e se reforça a importância do caráter das intervenções

intersectoriais. A adesão a este sistema nos municípios e estados é voluntária, sendo necessário o conhecimento de sua organização. A seguir, você conhecerá o funcionamento dos componentes do SISAN.

2.3 GOVERNANÇA DA SAN NO BRASIL

O SISAN foi criado num contexto de evidências relacionadas à necessidade de abordagens intersectoriais, intrassetoriais, multiprofissionais e transdisciplinares para garantia de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Nesse contexto, seus componentes são organizados de modo a promover o diálogo entre os distintos atores, setores e esferas de governo (DIAS et al., 2017).

Essa articulação se materializa por meio de cinco componentes, a saber: CAISAN; CONSEA; Conferências de SAN; Órgãos e entidades do poder público; e Instituições privadas. Dentre esses componentes serão destacados os três primeiros, a seguir.

1. Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)

Tem como atribuições elaborar, imple-

mentar e monitorar a execução do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan). Na esfera federal é denominada Câmara Interministerial de SAN e é composta por vários ministérios, entre estes o da Saúde, e coordenada no âmbito do Ministério da Cidadania. Nas esferas estaduais e municipais as CAISANs são compostas por diversas secretarias que da mesma forma são responsáveis pela coordenação e monitoramento das políticas referentes à temática.

2. Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA)

Tem como função o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento e da implementação do Plansan que, por sua vez, é elaborado pela CAISAN. Na esfera nacional, foi um órgão consultivo de assessoria à Presidência da República e composto por 2/3 de representantes da sociedade civil e 1/3 de representantes do governo. Contudo, por meio de Medida Provisória (MP n. 870 de 1º de janeiro de 2019), este colegiado foi extinto, no âmbito federal. Nas esferas estaduais e municipais, os CONSEAs permanecem atuando, sendo

espaços de participação social e articulação entre sociedade e governo.

O trabalho do CONSEA contribuiu com importantes decisões para a promoção do DHAA, tais como:

- fortalecimento das políticas de combate à fome e à miséria;
- questões de acesso à terra;
- discutir alternativas e dar visibilidade à necessidade de políticas para redução do uso de agrotóxicos;
- inclusão do direito à alimentação na Constituição Federal e a aprovação da LOSAN;
- Plano Safra da Agricultura Familiar;
- Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO);
- Guia Alimentar da População Brasileira;
- formulação da Lei do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) com obrigatoriedade de aquisição da agricultura familiar;
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); entre outros.

3. Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional

São realizadas com periodicidade qua-

drienal e nelas se reúnem os conselheiros de Segurança Alimentar e Nutricional, representantes do governo, a depender da esfera (federal, estadual, municipal) e outros interessados nas pautas. A cada quatro anos se inicia um novo ciclo de conferências municipais e estaduais cujos temas debatidos irão compor a pauta da conferência nacional, nos moldes do que ocorre com organização das conferências de saúde).

É fundamental que você compreenda que o SISAN deve estar estruturado para acolher as demandas locais de insegurança alimentar e nutricional, tais como o sobre peso e a obesidade. Nesta perspectiva, especificamente, admite-se que diante da baixa adesão ao tratamento individualizado, atuar junto a estas instâncias colegiadas locais pode potencializar os resultados da saúde para deter o crescimento do excesso de peso e das DCNT no território, uma vez que, poderão ser articuladas ações intersetoriais que atuem sobre os determinantes sociais e ambientais da obesidade.

Visto isso, no próximo item, conhecemos um pouco mais da Política Nacional de

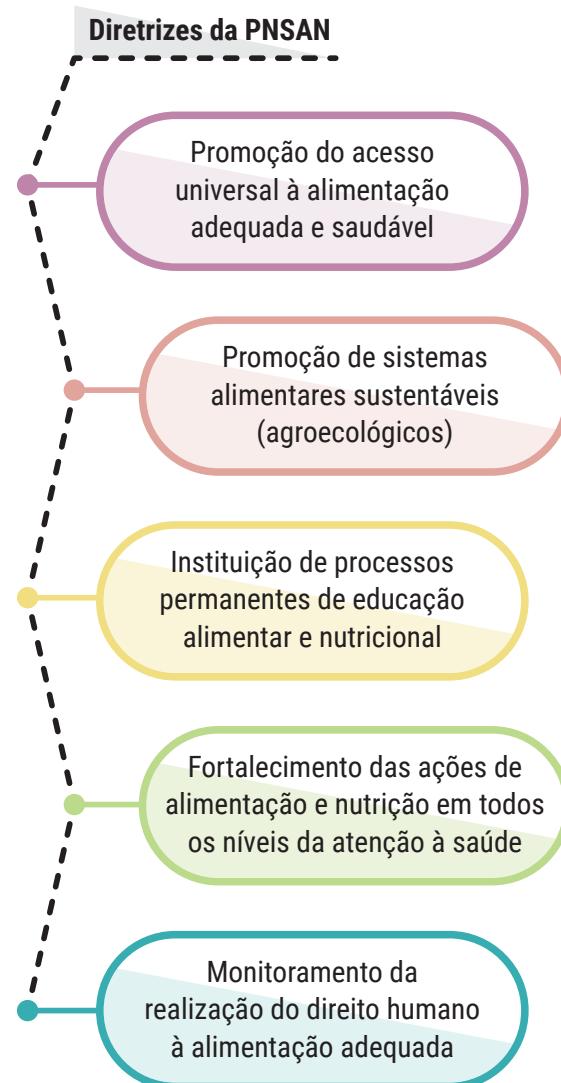
Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e sua articulação com o SUS.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SUAS CONEXÕES COM O SUS

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), instituída no ano de 2010, é reconhecida como um ponto máximo da solidificação do tema segurança alimentar na agenda governamental, incluindo o campo da saúde. Ela tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada a todos os habitantes do território brasileiro, promovendo a soberania e a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2010).

As diretrizes da PNSAN convergem na perspectiva da universalidade do direito. Deste modo, em seu conteúdo são abordados os itens da figura ao lado.

A PNSAN deve ser implementada nas distintas esferas de governo, incluindo a APS, por meio de construção de Planos de Segurança Alimentar e Nutricional, com base em suas diretrizes e objetivos específicos.





Para conhecer na íntegra as diretrizes da PNSAN acesse o link a seguir:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm

Além de apresentar sua imagem-objetivo por meio das diretrizes, a PNSAN orienta os caminhos para sua execução a partir dos seguintes objetivos específicos:

- I. identificar, analisar, divulgar e atuar sobre os fatores condicionantes da insegurança alimentar e nutricional no Brasil;
- II. articular programas e ações de diversos setores que respeitem, promovam e protejam o direito humano à alimentação adequada, observando as diversidades sociais, culturais, ambientais, étnico-raciais, a equidade de gênero e a orientação sexual, bem como disponibilizar instrumentos para sua exigibilidade;
- III. promover sistemas sustentáveis de base agroecológica, de produção e distribuição de alimentos que respei-

tem a biodiversidade e fortaleçam a agricultura familiar, os povos indígenas e as comunidades tradicionais e que assegurem o consumo e o acesso à alimentação adequada e saudável, respeitada a diversidade da cultura alimentar nacional; e

- IV. incorporar à política de Estado o respeito à soberania alimentar e a garantia do direito humano à alimentação adequada, inclusive o acesso à água, e promovê-los no âmbito das negociações e cooperações internacionais.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), por meio da PNSAN, busca fortalecer e organizar as ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desta forma, é necessário dialogar com as demais ações no seu local de trabalho para potencializar a atuação sobre situações de insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, como o excesso de peso, modificando seus determinantes sociais.

Na prática, os profissionais da saúde devem considerar a importância da articula-

ção entre os setores, a participação social e a responsabilidade compartilhada entre as esferas de governo, no planejamento e na execução das intervenções.

Nesse contexto, as diretrizes e pressupostos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) estão alinhados aos conceitos e princípios do DHAA e da SAN. Essa política é a face mais concreta da articulação entre saúde e SAN, explicitando as competências e responsabilidades da saúde para contribuir para a garantia do DHAA no Brasil. A PNAN – que integra a política de saúde – é o foco de nossos estudos a seguir.

2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

Conforme discutido nos itens anteriores, a trajetória de segurança alimentar e nutricional teve seu fortalecimento legal no Brasil com a publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criando o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e com a instituição da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.



DESTAQUE

Na Lei estruturante do SUS (Lei nº 8.080/1990) houve a inclusão da vigilância nutricional e orientação alimentar dentre as ações de saúde a serem ofertadas à população. Este foi o um ponto de partida para a proposição de política específica de alimentação e nutrição para o SUS.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) proposta pelo Ministério da Saúde em 1999, que já em sua primeira edição reafirmava a necessidade de estabelecer conexões com outros setores para concretização do conceito ampliado de saúde e consequentemente para a garantia de segurança alimentar e nutricional.

Estruturada em sete diretrizes, sendo a primeira “Estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos”, a PNAN foi o primeiro documento oficial que afirmava a responsabilidade do Estado Brasileiro na garantia do DHAA e da SAN.

Reflexões sobre a perspectiva setorial da saúde em relação aos problemas multifatoriais de insegurança alimentar e nutricional, tais como carências nutricionais, sobrepeso, obesidade, entre outras emergiram.

Assim, a PNAN, de 1999, com base no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional estabelecido na I Conferência Nacional em 1994, extrapolou a abordagem restrita e prescritiva do setor saúde e propôs ações mais amplas relacionadas à produção e ao consumo.

Em sua segunda edição, a PNAN manteve seu vínculo ideológico e operacional com PNSAN, incluindo dentre suas nove diretrizes a organização da atenção nutricional; a promoção da alimentação saudável; a participação e o controle social; entre outras que serão discutidas na próxima unidade.

Ao considerar os diversos determinantes sociais em saúde, a complexidade do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, a interdependência e interrelação dos direitos à saúde e alimentação, a PNAN representa um elo concreto e visível da saúde com a SAN. Desse modo, é fundamental que o profissional da saúde conheça as diretrizes dessa política e seja incentivador das práticas dela decorrentes.

Já conhecemos os principais conceitos e as políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição, bem como seus elos com a saúde e, consequentemente,

que impactam no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Agora, vamos conhecer sua organização e aplicabilidade na APS. Confira a seguir!

Obesidade

UN 3
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta unidade, estudaremos a organização da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS) para prevenção e manejo do sobre peso e da obesidade, à luz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Sendo o excesso de peso um problema de saúde de origem multicausal, trataremos da Promoção da Saúde e da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, no contexto do território de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), alinhado com a segurança alimentar e nutricional, os princípios e diretrizes da APS e com as abordagens propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SUS: PROPÓSITO, DIRETRIZES E APLICABILIDADE NA APS

A obesidade é considerada como uma epidemia mundial e sua crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural) assume

um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções (DIAS et al., 2017). Nesse contexto, o maior desafio está em se compreender como esses múltiplos fatores interagem e influenciam no avanço da obesidade, para que seja possível adequar as políticas públicas que vêm sendo propostas e implementadas em resposta ao problema (MENDES, 2012).

Dentre as ações de enfrentamento e controle da obesidade, no Brasil se destaca a PNAN.



Integrando a política de saúde, a PNAN define as diretrizes para organização das ações de prevenção e tratamento da obesidade no âmbito do SUS e, em conjunto com outras políticas públicas, se propõe a respeitar, proteger, promover e prover os direitos relacionados à saúde e à alimentação.

Considerando o conceito ampliado de saúde e a segurança alimentar e nutricional, esta política apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimen-

tares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013). Vamos conhecer a seguir as diretrizes da PNAN:

- 1 Organização da atenção nutricional
- 2 Promoção da alimentação adequada e saudável
- 3 Vigilância alimentar e nutricional
- 4 Gestão das ações de alimentação e nutrição
- 5 Participação e controle social
- 6 Qualificação da força de trabalho
- 7 Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição
- 8 Controle e regulação dos alimentos
- 9 Cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional

Dentre as diretrizes, destaca-se a primeira: “Organização da atenção nutricional”, que se refere às atividades de atenção nutricional integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a APS como ordenadora. Na PNAN, a atenção nutricional é definida como os cuidados relativos à alimentação e nutrição para promover e proteger a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar os agravos, associada às outras ações de atenção à saúde do SUS. A atenção nutricional deve ser organizada para indivíduos, famílias e comunidades, para construção de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2013).

Em seu modelo assistencial, o SUS prioriza a ampliação e qualificação da APS, porta preferencial de entrada dos usuários no sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a atenção primária amplia a capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e contribui para que a organização da atenção nutricional seja voltada para as necessidades dos usuários dos territórios de saúde (MENDES, 2012).

Portanto, é necessário alinhar as práticas de atenção à saúde relativas à alimentação e nutrição aos propósitos do modelo assistencial visando organizar a atenção nutricional voltada para os principais problemas de saúde apresentados pela população adscrita.

Em relação à organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição a PNAN recomenda que sejam seguidas seis etapas, confira a seguir!

I. Diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população dos territórios.

II. Estabelecimento da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação de prioridades mediante ao perfil alimentar e nutricional da população assistida.

III. Consideração das especificidades das fases do curso da vida, de gênero, de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais identificados, nos âmbitos comunitário, familiar e individual.

IV. Inclusão da VAN no acolhimento aos usuários e em todos os atendimentos e práticas da APS.

V. Conhecimento do território para identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população.

VI. Organização das Redes de Atenção à Saúde considerando as necessidades para Atenção Nutricional nos demais pontos de atenção.

De acordo com as etapas preconizadas pela PNAN, a Atenção Nutricional ofertada pelas equipes de APS deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde da população do seu território, considerando os problemas mais frequentes, relevantes e observando critérios de risco e vulnerabilidade.

Deste modo, a Vigilância Alimentar e Nutricional deve ser incorporada ao pro-

cesso de trabalho das equipes da APS, pois contribui para a avaliação e organização da Atenção Nutricional no âmbito da APS e permite que as equipes identifiquem indivíduos ou grupos que apresentam agravos ou riscos relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar, bem como as prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Lembre-se que os sujeitos da Atenção Nutricional são os indivíduos, a família e a comunidade, sendo assim, as ações devem ser desenvolvidas com metodologias adequadas para cada um desses enfoques. É indispensável incluir os “sujeitos coletivos”, que são as famílias e comunidades do território, que têm características dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas. Além disso, todas as fases do curso

da vida devem ser observadas na atenção nutricional, cabendo aos profissionais da saúde identificar e priorizar aquelas com maior vulnerabilidade aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Quanto a práticas e processos de acolhimento é preciso considerar a alimentação e a nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. Neste sentido, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matrículamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais, para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seus núcleos de competências.



Com o apoio matricial, as equipes de APS poderão compreender a importância da vigilância e atenção nutricional para o desenvolvimento do cuidado em saúde, bem como ter segurança na sua realização, qualificando sua escuta e capacidade resolutiva, em uma perspectiva humanizada.

Diante das diversas variáveis que podem influenciar as escolhas alimentares e o diagnóstico de obesidade, é importante que as equipes de APS incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, entre outras características da população do território que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional, como os costumes e tradições alimentares locais. (BRASIL, 2013).

Considerando a atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, mediante o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira, em 2013 o Ministério da Saúde estabeleceu a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO) como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC).

Para que a rede de atenção e a linha de cuidado possam ser implementadas nos serviços de saúde é necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição nos demais pontos de atenção e estabeleçam os critérios de classificação de risco e de referência e contrarreferência para regula-

ção dos usuários para a atenção primária e desta para atenção especializada e hospitalar, sendo sempre a APS a ordenadora do cuidado.



A organização do processo de trabalho das equipes e as LCSO serão abordadas com mais detalhes no Eixo II deste curso.

Você sabe se o seu Estado já instituiu a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade? Existe algum protocolo, manual ou nota técnica que defina o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade? Caso ainda não existam iniciativas em seu local de trabalho, você pode atuar para a implementação da linha de cuidado no seu território e organização da atenção às pessoas com excesso de peso.



Lembre-se de que além das metas prioritárias relacionadas às ações preventivas e de manejo da obesidade, a PNAN considera as situações de desnutrição, carências nutricionais específicas (carências de micronutrientes) e outras DCNT.

Nosso próximo passo será conhecer os aspectos principais da Política Nacional de Promoção de Saúde no próximo item.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: PROPÓSITO, DIRETRIZES E APlicabilidade na APS

Sabemos que questões relativas à organização social, ao modo de produção e ao acesso aos alimentos podem determinar as escolhas alimentares e o acometimento pelo sobrepeso e pela obesidade. Por exemplo, a violência urbana, a ausência de locais seguros para prática de atividade física, o tipo de ocupação do indivíduo, o tipo de transporte utilizado e a ausência de lazer ativo são exemplos de determinantes sociais do excesso de peso.

Assim, num contexto ampliado de saúde, a OMS sugere que os programas, as políticas e as atividades de promoção de saúde sejam planejadas e executadas, conforme Brasil (2018a) e Sicoli (2003), de acordo com os princípios descritos a seguir.



Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo enfrentar os desafios de produção da saúde e de qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Assim, o Brasil ratificou seu compromisso com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. A partir disso, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades

das políticas públicas existentes.

As políticas de saúde que incluem a promoção da saúde devem consolidar práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, articulada com os diversos atores e com o território.

A PNPS possui Temas Transversais, Diretrizes, Eixos Operacionais e Competências comuns a União, Estados e Municípios e Te-

mas Prioritários. Os Temas Transversais são os pilares da política e estão organizados da seguinte forma:

- Determinantes Sociais da Saúde;
- Equidade e Respeito à Diversidade;
- Desenvolvimento Sustentável;
- Produção de Saúde e Cuidado;
- Ambientes e Territórios Saudáveis;
- Vida no Trabalho;
- Cultura da Paz e Direitos Humanos (BRASIL, 2018a).

As diretrizes da PNPS determinam ações para realizar a promoção da saúde no SUS, com enfoque no trabalho intrassetorial e intersetorial, estímulo ao planejamento das ações mediante ao conhecimento prévio do território, organização da rede, implementação de intervenções para promoção da saúde e incentivo à gestão democrática e participativa. Além disso, visa o estímulo a pesquisa sobre temas relacionados à promoção da saúde e desenvolvimento de atividades de formação permanente dos profissionais da saúde para essas atividades.

Já os eixos operacionais da PNPS são estratégias para concretizar ações de promoção da saúde. Para a organização da atenção

nutricional na atenção primária para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade, vamos conhecer melhor alguns deles:

- 1** Territorialização 
- 2** Articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial 
- 3** Rede de Atenção à Saúde 
- 4** Participação e controle social 
- 5** Gestão 
- 6** Educação e formação 
- 7** Vigilância, monitoramento e avaliação 
- 8** Produção e disseminação de conhecimentos e saberes 

Entre os eixos operacionais está a territorialização, que é um processo de regionalização e considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios (BRASIL, 2018b). Pressupõe a identificação de singularidades territoriais para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Esse processo é complementado na APS pelo cadastramento das famílias adscritas, georreferenciamento de limites e áreas específicas e mapeamento do território.

Com o território de saúde mapeado é possível estabelecer práticas de cuidado pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando-se com os equipamentos de saúde, a vigilância em saúde, e assim a transversalização da promoção nas Redes de Atenção à Saúde. A obesidade, por exemplo, possui uma linha de cuidado específica dentro da RAPDC, mas pode envolver outras linhas de cuidado, como as do diabetes e da hipertensão, mas também outras RAS, como a Rede de Atenção Psicossocial, no caso de uma doença mental associada, e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências numa possível agudização de uma comorbidade.

Para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no território é necessária a articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial, compartilhando planos, metas, objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor. Um bom exemplo dessa articulação é a construção de um plano local de promoção da saúde.

Nesse processo de construção a gestão tem papel fundamental para realizar de forma democrática e participativa o planejamento, regulação, financiamento, execução, comunicação, monitoramento e avaliação dos objetivos, metas, ações e indicadores propostos (BRASIL, 2018b). Assim se fortalece a participação e o controle social na elaboração de políticas públicas e nas ações relevantes que afetam a vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Uma vez que há monitoramento e avaliação dos dados de saúde dos serviços, há estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades; os profissionais de saúde sentem a necessidade da aprendizagem para sua educação e formação, bem como de produzir e disseminar saberes.

Um exemplo é a organização do cuidado do sobrepeso e da obesidade em uma UBS. Os dados de consumo alimentar e de avaliação antropométrica subsidiam as ações a serem desenvolvidas pelo serviço, como o estabelecimento de grupos terapêuticos sobre a obesidade e seus determinantes, grupos de estímulo à atividade física; também podem ser usados para acompanhar o plano terapêutico, a evolução do problema de saúde, os resultados alcançados pela equipe de saúde e as mudanças nos hábitos individuais e nos dados de saúde da população do território.

Como profissional da saúde, é importante conhecer a PNPS, que reafirma o entendimento de que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade, com vistas ao desenvolvimento de ações para melhoria da sua qualidade de vida e consequentemente da saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986). Neste sentido, considerando a influência da qualidade de vida e dos hábitos, as estratégias para promoção da saúde são centrais para a prevenção e o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

A operacionalização da PNPS na atenção primária reforça as bases organizacionais



previstas para o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2017a), baseada em atenção integral à saúde, vinculação das equipes multiprofissionais à população de determinado território, porta de entrada para o SUS, coordenadora do cuidado integral na rede. O trabalho das equipes de saúde na APS deve abranger a promoção da saúde, por meio de ações que promovam a qualidade de vida da população,

com enfoque na abordagem das DCNT.

Visto que conhecemos as principais características da PNPS, bem como sua articulação com a APS, vamos prosseguir os estudos trabalhando a Atenção Nutricional na atenção primária, acompanhe!

3.3 ATENÇÃO NUTRICIONAL NA APS: RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E ATENÇÃO INTEGRAL

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um desafio para os sistemas de saúde. Por isso, é preciso rever o paradigma do atendimento ao episódio agudo e da cura do indivíduo para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento da sociedade.

Os sistemas de saúde que estruturam seus modelos com base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado ao usuário têm melhores resultados nos indicadores de saúde da população (LAVRAS, 2011). Neste nível de atenção as equipes devem realizar a gestão do cuidado em saúde às populações de seus territórios de saúde, previamente definidos, e pelos quais assumem a responsabilidade sanitária.

Deste modo, a territorialização é parte do processo de trabalho e uma ferramenta de planejamento das ações direcionadas à população de cada território, de cada equipe. Esse processo deve ser dinâmico e sempre considerar as especificidades das comunidades e famílias do território e as alterações que ocorrem ao longo do tempo (LACERDA et al., 2012).

São etapas desse processo:

- Definição do território de atuação e população sob responsabilidade das unidades de saúde e das equipes.
- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde (segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência).
- Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Durante o processo de diagnóstico local e identificação das necessidades de saúde da população é importante utilizar o mapa do território, que é uma ferramenta de planejamento em saúde (BRASIL, 2017b).

Recomenda-se disponibilizar dois tipos de mapas na Unidade Básica de Saúde (UBS), confira no quadro.

Mapa de delimitação geográfica/ delimitação do território	Objetivo: Representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde, permitir a visualização espacial do território e auxiliar a apreender suas particularidades.	Sugere-se que este mapa seja exposto na recepção da UBS, apresentando a imagem da divisão das microáreas do território de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também apresentar a localização da UBS e dos equipamentos sociais (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços) presentes em cada microárea.
Mapa inteligente	Objetivo: Melhorar a qualidade do serviço de saúde, pode ser feito por microárea.	É um instrumento para o planejamento, construído a partir do mapa do território e alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde obtidas por meio do processo de territorialização. Não deve ficar exposto para população e, sim, permanecer em local de uso exclusivo da equipe de saúde, visto que registra a localização dos domicílios, famílias e marcadores de saúde.

Fonte: NÚCLEO DE TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016.

A APS comprehende o conjunto de ações de saúde organizadas de forma regionalizada e local, que considera singularidades e inserção sociocultural para desenvolver uma atenção integral e humanizada. Ela é efetivada por meio de práticas de cuidado e

gestão de ações voltadas às necessidades da população das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde as quais abrigam a Estratégia Saúde da Família. Nestas equipes, o contato com os usuários se torna mais próximo, pois as equipes de saúde

se deslocam aos territórios em que vivem indivíduos e familiares (BRASIL, 2017a).

Considerando a grande influência da alimentação e nutrição sobre o processo saúde-doença-cuidado, destaca-se a importância da temática para as ações no âmbito individual e coletivo. O território deve ser olhado de uma perspectiva intersetorial, uma vez que a obesidade como doença tem determinantes sociais (condições econômicas, sociais, culturais, situação de segurança alimentar e nutricional, acesso aos alimentos, estabelecimentos de comercialização de alimentos disponíveis, etc.), que são identificados e monitorados nesse espaço (LACERDA et al., 2012).



Você já pensou quais características e locais devem ser observados no território para proposição de saúde e promoção da alimentação adequada e saudável para controle do sobre peso e da obesidade no seu território?

Algumas das características e locais importantes neste contexto são a disponibilidade de água e alimentos, a presença de agricultura familiar, as feiras de alimentos

saudáveis, mercados, fast foods, os locais de produção e venda de alimentos (restaurantes, bares), a coleta de lixo, saneamento básico e espaços para realização de atividades físicas e lazer ativo, dentre outros.

Todos os profissionais da APS devem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes de saúde, de modo a conhecerem o território de saúde, seus coletivos, famílias e indivíduos, bem como os riscos a que estão expostos, incluindo a insegurança alimentar e nutricional, aqui inseridos o sobre peso e a obesidade (BRASIL, 2017a).

Sendo mais complexos, os processos de trabalho multiprofissionais, a atuação interdisciplinar e a articulação em rede, para o cuidado integral nas diferentes fases do curso da vida, constituem como potencialidades para integralidade na atenção à saúde.

As informações de Vigilância Alimentar e Nutricional com base nos marcadores de consumo alimentar e estado nutricional dos indivíduos e das famílias devem ser coletadas sistematicamente pelas equipes de saúde para subsidiar o planejamento das ações a serem realizadas na unidade de saúde e no território (BRASIL, 2015b).

Lembre-se de que essas ações devem estar alinhadas com as políticas públicas de alimentação e nutrição, e comprometidas com a Segurança Alimentar e Nutricional naquele território. Nesse sentido, vamos agora dar continuidade nos estudos abordando as responsabilidades das equipes para o cuidado integral.

3.4 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO

A APS é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017a).

Da mesma forma, a Atenção Nutricional no âmbito da APS pressupõe articulação entre as equipes multiprofissionais que atuam no apoio matricial possuem papel estratégico no apoio às equipes de Saúde Da Família (eSF) para organização e oferta da Atenção Nutricional. Esse trabalho integrado

busca maior resolubilidade no âmbito da APS e sua coordenação com os demais pontos de atenção da RAS.

É a ESF, por meio de suas equipes, que deve manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, a fim de identificar as demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência.

As equipes multiprofissionais na APS possuem competências e atribuições para atuar em cenários, propondo ações de caráter universal e específico. Devem atuar de forma interdisciplinar e baseada no território, para o desenvolvimento de olhar e escuta sensíveis aos problemas de saúde, possibilitando uma atenção integral à saúde.

Além disso, as práticas de acolhimento precisam considerar a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar, o que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutiva.

Para que a atenção nutricional alcance resultados efetivos, o processo de trabalho deve contemplar os seguintes elementos:



A articulação intersetorial constitui-se como uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos, melhorando o processo de trabalho, delegando saberes e habilidades, de modo a atuar nos problemas de alimentação e nutrição mais prevalentes na população brasileira, o sobre peso e a obesidade (FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017).



A Atenção Nutricional oferecida pelas equipes da APS deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde da população, e organizada no âmbito individual, familiar e comunitário.

Considerando o processo de trabalho das equipes multiprofissionais, a contribuição de profissionais de diferentes núcleos de saberes para a Atenção Nutricional na APS visa ampliar a capacidade de análise e resolução de problemas relacionados à alimentação e nutrição, tanto no âmbito individual quanto coletivo (BRASIL, 2014d).

As equipes multiprofissionais devem desenvolver ações para (BRASIL, 2014d; 2017a):

- Identificar e analisar características alimentares e nutricionais da população adscrita, considerando a alimentação como prática social relacionada a aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, além dos biológicos, de modo a contribuir para a prática do acolhimento e da clínica ampliada.
- Planejar e executar ações de educação alimentar e nutricional, bem como

grupos terapêuticos, de acordo com características alimentares e nutricionais identificadas na população adscrita.

- Diagnosticar os principais agravos relacionados à alimentação e nutrição e organizar critérios de classificação de risco para identificar prioridades e definição das ofertas de cuidado para indivíduos e coletividades.
- Compartilhar saberes dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes da eSF que possam contribuir para a organização do cuidado, utilizando metodologias da aprendizagem em serviço, como atendimento compartilhado, discussão de casos, entre outras.
- Pactuar na APS e em outros pontos da atenção na RAS oferta de atendimento clínico nutricional aos indivíduos que apresentam agravos relacionados a alimentação e nutrição, como o sobrepeso e obesidade, utilizando critérios de classificação de risco.
- Construir e implementar estratégias clínico assistenciais e técnico pedagógicas, baseadas nos protocolos, nas notas técnicas e em fluxos disponí-

veis, de forma a aumentar a resolutividade da Atenção Nutricional na APS.

- Racionalizar os encaminhamentos para serviços de Atenção Especializada, ambulatorial e hospitalar, com coordenação do cuidado e manutenção do vínculo pela equipe de referência na APS.
- Desenvolver articulação intersetorial nos territórios para a promoção da SAN, defesa e exigibilidade do DHAA.

Essas atividades relacionadas à alimentação e nutrição não devem se configurar como um processo paralelo no trabalho das equipes de saúde, mas serem incorporadas na organização já existente. Além disso, é importante perceber que os usuários com excesso de peso já estão presentes no dia a dia do território, das atividades em grupo e nos consultório da unidade de saúde. A visibilidade dessa condição enquanto um problema de saúde a ser trabalhado, por meio das ações de alimentação e nutrição, é o principal desafio a ser trabalhado na APS.

Após compreender a importância do trabalho multiprofissional para atenção nutricional na APS, vamos avançar os

estudos e conhecer o Guia Alimentar para a População Brasileira.

3.5 GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

A OMS recomenda, por meio da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, que os governos formulem e atualizem periodicamente diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição, levando em conta mudanças nos hábitos alimentares e nas condições de saúde da população e o progresso no conhecimento científico. Essas recomendações têm como propósito promover e proteger a saúde por meio da implementação de medidas sustentáveis para a redução da doenças e agravos associadas a alimentação e atividade física (BRASIL, 2014c).

A ingestão de nutrientes, propiciada pela alimentação, é essencial para a boa saúde. Igualmente importantes para a saúde são os alimentos específicos que fornecem os nutrientes, as inúmeras possíveis combinações entre eles e suas formas de preparo,

as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares. Destaca-se que o efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados (HARA et al., 2017; BRASIL, 2014c).

Porém, adotar uma alimentação saudável não é apenas uma escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar, positiva ou negativamente, o padrão de alimentação das pessoas (MARTINS, 2018).

Outros fatores também podem dificultar a adoção de uma alimentação adequada e saudável como o custo mais elevado (em algumas cidades e países, por exemplo) dos alimentos *in natura* e minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis (MARTINS, 2018).

Dessa forma, instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional servem para que pessoas, famílias e comunidades

possam adotar práticas alimentares promotoras da saúde e além de contribuirem para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, auxiliando os sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade.



REFLEXÃO

Como o excesso de peso é abordado no seu contexto de trabalho? Utilizam as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira nas ações?

O Guia Alimentar para a População Brasileira trata das etapas do sistema alimentar, do cultivo ao consumo, valorizando os modos de produção socialmente, ambientalmente e economicamente justos. Desse modo, o Guia é proposto como ferramenta de apoio aos profissionais do SUS e para a população em prol da promoção da alimentação adequada e saudável, uma vez que aborda a educação para ações de seleção e preparo de alimentos considerando as distintas características das regiões do país (BRASIL, 2014c).

Ele estabelece três categorias de alimentos, definidas de acordo com o tipo de pro-

cessamento empregado na sua produção, e devem ser abrangidas nas ações de educação em saúde e de educação alimentar e nutricional, seja em oficinas de grupo ou em atendimentos individuais. Confira!

Alimentos *in natura* ou minimamente processados

Alimentos *in natura* são aqueles obtidos de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer processamento após deixarem a produção/natureza.

Alimentos minimamente processados são alimentos *in natura* que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas como limpeza, moagem, remoção de partes não comestíveis, fermentação, pasteurização, congelamento, agregação de sal ou outras substâncias ao alimento.

Os ingredientes culinários, produtos extraídos de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza e usados pelas pessoas para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias costumam gerar dúvidas e insegurança quanto ao seu

Alimentos *in natura* ou minimamente processados:

Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados

Arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado

Milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais

Feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas

Cogumelos frescos ou secos

Frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias ou aditivos

Castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar

Cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas

Farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água

Carnes de boi, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados

Frutos do mar frescos, resfriados ou congelados;

Leite pasteurizado ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar ou outra substância)

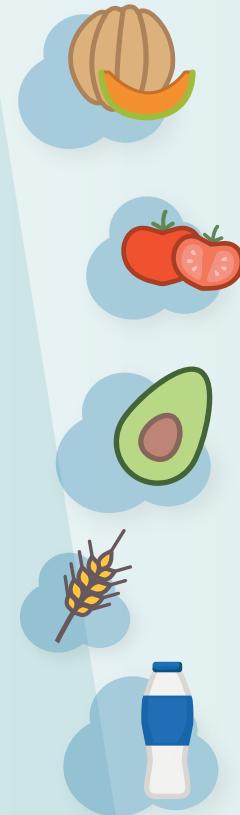
Ovos

Chá de ervas, café feito do grão

Água potável

Alimentos compostos por dois ou mais itens *in natura* ou minimamente processados:

Granola de cereais, nozes e frutas secas, iogurte com frutas
(desde que não adicionado açúcar, mel, óleo e gorduras)



uso em relação às implicações na saúde. Vamos conhecer alguns exemplos e saber da forma ideal de sua utilização.

Exemplos: óleos de soja, de milho, de girassol ou de oliva, manteiga, banha de porco, gordura de coco; açúcar de mesa branco, demerara ou mascavo; sal de cozinha refinado ou grosso.

Esses alimentos devem ser utilizados em quantidades pequenas no preparo de receitas e cocção dos alimentos. Eles agregam sabor quando adicionados com moderação a alimentos *in natura* ou minimamente processados. Como são alimentos com alto teor de nutrientes como sódio, gordura saturada e açúcar, seu consumo excessivo é prejudicial à saúde, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, cárie dental, obesidade e outras doenças crônicas.

Alimentos processados

Produtos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar a um alimento *in natura* ou minimamente processado. São produtos relativamente simples que envolvem técnicas de processamento como cozimento, secagem, fermentação, salga, salmoura, cura

e defumação. Esse processamento tem como objetivo principal aumentar a vida útil dos alimentos, bem como agregar sabor.

O Guia recomenda que esse tipo de alimento deve ser combinado com alimentos *in natura* ou minimamente processados. Entretanto o consumo isolado ou associado com ultraprocessados deve ser desestimulado.

Alimentos ultraprocessados

Produtos cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial. Neste grupo, estão os alimentos industrializados que são preparados com a junção de substâncias extraídas de alimentos como gorduras, óleos, amido, proteínas e açúcares; derivadas de constituintes de alimentos como as gorduras hidrogenadas e o amido modificado; ou produzidas em laboratório a partir de petróleo e carvão como corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos.

Para reconhecer esses alimentos você pode orientar os usuários a consultar a lista de ingredientes. Os produtos com cinco ou mais ingredientes e com nomes pouco

Exemplos de alimentos processados:

Conservas de alimentos inteiros preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre, tais como cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor, ovos de codorna

Frutas inteiras preservadas em açúcar: frutas em calda ou cristalizadas

Vários tipos de carne adicionada de sal e peixes conservados em sal ou óleo: carne seca e toucinho

Sardinha e atum enlatados

Queijos feitos de leite e sal

Pães feitos de farinha de trigo, água, sal e leveduras para fermentação



Alimentos ultraprocessados incluem:

Salgadinhos “de pacote”, cereais matinais, barras de cereal, bebidas energéticas, entre muitos outros novos produtos que chegam ao mercado todos os anos

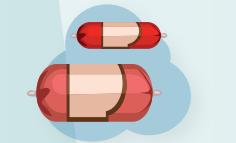
Vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral

Sopas, macarrão e temperos “instantâneos”, molhos

Refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados

Bebidas energéticas

Produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos



familiares (xarope de frutose, isolados proteicos, espessantes, emulsificantes, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários outros tipos de aditivos) geralmente são ultraprocessados.



Para compreender melhor esta classificação assista ao vídeo do Professor Carlos Monteiro, disponível no link a seguir: <https://www.youtube.com/watch?v=_Q9_0N6dVJE>

De forma objetiva, clara e simples, estabelece que para alcançarmos uma alimentação nutricionalmente adequada, saborosa e culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável é necessário o consumo predominantemente de alimentos *in natura* e minimamente processados (BRASIL, 2014c).



A regra de ouro é: prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimento ultraprocessados.

O uso de alimentos processados deve ser limitado e em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados. Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compotas de frutas, queijos e pães – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam (BRASIL, 2014c).



Os alimentos ultraprocessados devem ser evitados devido a seus ingredientes que os

tornam nutricionalmente desbalanceados. Por sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Além disso, sua produção, distribuição, comercialização e consumo desfavorecem a cultura, a vida social e o meio ambiente (BRASIL, 2014c). Destaca-se que é importante limitar o consumo dos alimentos ultraprocessados como *junk foods* e bebidas de alta densidade energética e incentivar o consumo de proteínas e gorduras saudáveis, vegetais, folhas verdes, frutas, castanhas, legumes e grãos integrais. Os carboidratos complexos são preferíveis aos açúcares simples e os alimentos ricos em fibra aos alimentos pobres em fibra. Além disso, é essencial que haja estímulo à leitura dos rótulos ao invés das chamadas de marketing.

O profissional de saúde deve sempre apresentar claramente a classificação e recomendações aos usuários. Não se deve trocar a “comida feita na hora” (caldos, sopas, saladas, molhos, arroz e feijão, macarronada, refogados de legumes e verduras, farofas, tortas) por produtos que dispensam preparação culinária (“sopas de pacote”, “macarrão instantâneo”, pratos congelados

prontos para aquecer, sanduíches, frios e embutidos, maioneses e molhos industrializados, misturas prontas para tortas). Da mesma forma, as sobremesas caseiras são preferidas aos doces industrializados.



O Guia Alimentar para a População Brasileira também apresenta algumas formas de composição das refeições principais. Acesse o material na íntegra para conhecê-las: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>

Além disso, o Guia apresenta os 10 passos para uma alimentação saudável, que deve guiar o trabalho dos profissionais da saúde. Conheça-os a seguir.

	1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.
	2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

- | | |
|--|---|
| | 3. Limitar o consumo de alimentos processados. |
| | 4. Evitar o consumo de alimentos ultra-processados. |
| | 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia. |
| | 6. Fazer compras em locais que oferecem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. |
| | 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias. |
| | 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece. |
| | 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora. |
| | 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais. |

Para contribuir com a redução da prevalência do sobrepeso e da obesidade e

outras questões relacionadas à alimentação e nutrição, a PNAN recomenda a realização da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que, em conjunto com outras estratégias como a regulação de alimentos (rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos) e o incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidirão sobre a oferta de alimentos adequados e saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. Acrescenta que a oferta de alimentos adequados e saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua” (BRASIL, 2013).

Assim, e em consonância com o conceito ampliado de Saúde e alimentação adequada e saudável, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) não é suficiente quando pensada de maneira fragmentada, isolando a variável alimentar ou nutricional. Propostas de EAN para problemas multifatoriais exigem abordagem ampla e, nesse contexto, a EAN deve ocorrer a partir de práticas problematizadoras e inclusivas, que proporcionem a escuta e instrumentalizem a população para o autocuidado. Neste

sentido, os profissionais de saúde devem realizar uma aproximação com a realidade local para um diagnóstico situacional com elementos que viabilizem condutas mais assertivas.

vistas à prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.

A EAN é a estratégia para essa abordagem e o Guia um instrumento de apoio aos profissionais para desenvolvê-la.



DESTAQUE

As ações de EAN devem potencializar a capacidade dos sujeitos para a construção de uma vida saudável, mediante o desenvolvimento da autonomia e da cidadania, com base nas recomendações do Guia. Em grupo, as ações coletivas permitem o contato com diferentes realidades, maximizando a capacidade dos indivíduos de superação de obstáculos em relação à alimentação diante de novas situações (BRASIL, 2014c).

A EAN pode ser realizada nos atendimentos individuais, em atividades escolares, em feiras, rodas de conversa, visitas domiciliares, em ações comunitárias, dentre outras. Sabemos que nem sempre os profissionais de saúde da APS possuem as condições ou recursos ideais para o desenvolvimento das ações, mas podemos encontrar caminhos para facilitar a incorporação da alimentação adequada e saudável pela população com

Neste módulo você estudou os impactos da organização social e da cultura nas práticas de alimentação e nutrição, bem como seu efeito na saúde das pessoas. Foram apresentadas diferentes percepções e modelos conceituais de saúde, os determinantes sociais de saúde, alimentação e nutrição, o conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

Você também estudou os principais conceitos e políticas públicas de alimentação e nutrição no contexto brasileiro, compreendendo a alimentação como um direito que deve ser garantido por meio de estratégias dos serviços de saúde, articulado de forma intersetorial, e que promova a Segurança Alimentar e Nutricional.

Por fim, foi abordada a organização da Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e apresentado o Guia Alimentar para a População Brasileira para apoiar a promoção da alimentação adequada e saudável.

Esperamos que você esteja mais familiarizado com esta temática e que incorpore à sua prática profissional um olhar ampliado acerca da saúde, da alimentação e da nutrição, para o cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade na sua população adscrita.

ABRANDH. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília, DF: ABRANDH, 2010. Disponível em: <http://www.actuar-acd.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_SAN>. Acesso em: 17 fev. 2020.

ALMEIDA, L. M. et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 8, n.1, p. 114-139, jan. 2017.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de Saúde e Doença. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANDRADE, S. Saúde e beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do século XX. **Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 119-43, 2003.

ARAÚJO, D.; GOMES DE MIRANDA, M. C.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.

ARAÚJO, G. A. S. O capitalismo e a apropriação da natureza: usos, consequências e resistências. **Geousp – Espaço e Tempo (Online)**, v. 23, n. 1, p. 112-123, abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade**: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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). Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e práticas para a Educação Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018: Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CANESQUI, A. M. (org.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DIAS, P. C; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00006016, 2017.

FERNANDEZ, J. C. A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p.167-179, mar. 2014.

FISBERG, M.; MAXIMINO, P.; KAIN, J.; KOVALSKYS, I. (2016). Ambiente obesogênico - oportunidades de intervenção. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 3, p.30-39, maio 2016.

FITIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793-811, jul. 2017.

FREITAS, C. M. S. M. et al . O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Rev. bras. educ. fís. esporte** (Impr.), São Paulo, v.24, n.3, p. 389-404, set. 2010.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. In: JAIME, P. C. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 46

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63-76, 2017.

HARA, B. P. L. et al. Conhecimento de nutricionistas sobre o guia alimentar para a população brasileira. **Nutrição Brasil**, v. 16, n. 5, p. 288-291, 2017.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.187-199, jan. 2011.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. (Eixo II: O Trabalho na Atenção Básica).

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, n. 3, p. 337-341, 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. **Qual o objetivo e como elaborar o mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família no contexto da Atenção Básica?** 2016. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/qual-o-objetivo-e-como-elaborar-o-mapa-do-territorio-adscrito-pela-equipe-de-saude-da-familia-no-contexto-da-atencao-basica/>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde.** 1986.

ONU. Organização das Nações Unidas. Comitê de direitos econômicos sociais e culturais do alto comissariado de direitos humanos/ONU (1999). Comentário geral número 12 - O direito humano à alimentação (art. 11). 1999.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.492-499, dez. 2008.

PRADO, S. D. et al. (Ed.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1988.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SCLiar, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SOARES, A. L. G.; FRANCA, G. V. A.; GONCALVES, H. Disponibilidade domiciliar de alimentos em Pelotas (RS): uma abordagem do ambiente obesogênico. **Rev. Nutr., Campinas**, v.27, n.2, p.193-203, abr. 2014.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; SOUZA, T, T. **Saúde e sociedade.** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33313/mod_resource/content/2/AtencaoBasica_2SaudeSociedade.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2020.

TEUTEBERG, H. O nascimento da era de consumo moderna. In: FREEDMAN, P. **A história do sabor.** São Paulo: Senac, 2009. p. 234-261.

WOLF, N. **O mito da beleza:** como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução de Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

Dalvan Antonio de Campos

Nutricionista formado pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2009), Mestre em Saúde Coletiva (2016) pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Doutorando em Saúde Coletiva no PPGSC - UFSC. Trabalha com pesquisa em Saúde Coletiva, com ênfase nas Ciências Sociais e Humanas, no Departamento de Saúde Pública - UFSC desde 2009.

Endereço do currículo na Plataforma Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/2272195512817044>

Priscila Porrua

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC e Mestre em Agroecossistemas pelo Programa de Pós-graduação em Agroecossistemas (PGA) pela mesma universidade. Possui experiência e interesse em atuar com temas relacionados à Pesquisa, Nutrição e Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Educação Alimentar e Nutricional, Segurança Alimentar e Nutricional, Direito Humano à Alimentação

Adequada, Nutrição nos Ciclos da Vida, Nutrição nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Atua como Agente do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) no Centro Colaborador em Alimentação do Escolar de Santa Catarina (CECANE/SC) situado no Departamento de Nutrição da UFSC desenvolvendo e executando ações de pesquisa, formação e assessoria. Docente do curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário Uniavan (Balneário Camboriú).

Endereço do currículo na Plataforma Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/2272195512817044>

Mariana Martins Pereira

Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília em 2006. Pós-graduada em Gestão Pública pela Faculdade Metropolitana de Belo Horizonte em 2008. Pós-graduada em Nutrição Esportiva Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul em 2011. Foi Pesquisadora Junior do OPSAN/UnB em 2007-2009. Consultora Técnica da CGAN/MS em 2010, quando ingressou na carreira de Especialista em Saúde, especialidade Nutricionista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Na SES-DF trabalhou na Gerência de

Serviços de Nutrição como Chefe do Núcleo de Nutrição na Atenção Básica e como nutricionista até 2019. Foi cedida para o cargo de Assessora da Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional do DF no ano de 2012, atuando na reestruturação do CONSEA DF e da CAISAN DF, na 1ª Conferência Distrital de SAN e suas Conferências Regionais prévias, e na consequente publicação da LOSAN DF e da construção do 1º Plano Distrital de SAN. Foi nutricionista do Polo de Saúde Indígena de Marabá-PA, vinculado ao Distrito Especial de Saúde Indígena Guamá-Tocantins da SESAI/MS, enquanto cedida ao MS em 2015. Coordenadora da Linha de Cuidado do Sobre peso e da Obesidade desde 2015, atualmente trabalha na Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços.

Endereço do currículo na Plataforma Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/3790547265453334>

