

Curso de formação para gestores em saúde e controle social para o enfrentamento e controle da obesidade no Estado de Goiás



**Enfrentamento e
Controle da Obesidade**
no âmbito do SUS no Estado de Goiás

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS • UFG

Reitoria

Edward Madureira Brasil

Pró-Reitoria de Extensão e Cultura - PROEC

Lucilene Maria de Sousa

CENTRO INTEGRADO DE APRENDIZAGEM EM REDE • CIAR

Direção do Centro Integrado de Aprendizagem em Rede

Marília de Goyaz

Vice-Direção do Centro Integrado de Aprendizagem em Rede

Silvia Figueiredo

Coordenação Pedagógica e Gestão Moodle

Janice Lopes

Coordenação Tecnológica

Amilton Araújo

Coordenação de Comunicação

Raniê Solarevisky de Jesus

Coordenação de Publicação

Ana Bandeira

Identidade visual, Desenvolvimento do ebook e Diagramação

Leandro Pimentel

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

Direção da Faculdade de Nutrição

Ana Tereza Vaz de Souza Freitas

Coordenação Geral do Projeto Ações de enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS no Estado de Goiás

Maria do Rosário Gondim Peixoto

Coordenação Pedagógica

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Supervisão do Curso

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Coordenação de Tutores

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Olívia Pinheiro Lima

Organizadoras do e-book

Lara Livia Santos da Silva

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Maria Goretti Queiroz

Autores

Lara Livia Santos da Silva

Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Maria Goretti Queiroz

Alessandra Vitorino Naghettini

Jacqueline Gomes Ravange
Paulo Henrique Silva Costa
Maria do Rosário Gondim Peixoto

Conteudista

Lara Livia Santos da Silva
Adenícia Custódia Silva e Souza

Revisão Linguística

Júlia da Silva Pontes

Apoio Técnico

Olivia Pinheiro Lima
Carla Cristina da Conceição Ferreira - Secretaria Municipal de Saúde
Carla Guimarães Alves - Secretaria de Estado da Saúde (SES)
Maria Janaína Cavalcante Nunes - Secretaria de Estado da Saúde (SES)



O presente trabalho foi realizado com apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq). Chamada pública CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN No 26/2018.

CEGRAF UFG

Goiânia, 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

C977 Curso de formação para gestores em saúde e controle social para o enfrentamento e controle da obesidade no Estado de Goiás [E-book] / organizadores, Lara Livia Santos da Silva, Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, Maria Goretti Queiroz. – Goiânia : Cegraf UFG, 2021. 48 p. : il.

Inclui referências.

ISBN (E-book): 978-65-00-42187-3

1. Nutrição – Estudo e ensino. 2. Saúde. 3. Obesidade. 4. Hábitos alimentares - Prevenção. 5. Administradores dos serviços de saúde. I. Silva, Lara Livia Santos da. II. Menezes, Ida Helena Carvalho Francescantonio. III. Queiroz, Maria Goretti.

CDU: 612.3:37(817.3)

Bibliotecária responsável: Adriana Pereira de Aguiar / CRB1: 3172

Apresentação do Curso

Olá, seja muito bem-vindo(a)

O curso que você está iniciando visa instrumentá-lo(a) no enfrentamento da obesidade no âmbito da Atenção Básica à Saúde no seu município. Este curso foi preparado pela Faculdade de Nutrição, Faculdade de Educação Física e Dança, e pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Goiás, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e as Secretarias Municipais de Saúde, como parte do projeto de pesquisa do Ministério da Saúde, intitulado “Ações de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS no Estado de Goiás”, financiado pela Chamada Pública CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26-2018 – Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS.

Esse projeto de pesquisa tem como um de seus objetivos capacitar gestores e profissionais de saúde para o diagnóstico, prevenção e controle da obesidade no âmbito da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás. Portanto, a programação foi desenvolvida sob duas perspectivas: um curso para gestores municipais de saúde e representantes do controle social, e outro para os profissionais de saúde, pois entendemos que, apesar do objetivo comum, cada profissional possui atribuições específicas no enfrentamento da obesidade.

O controle social, exercido pelos membros do Conselho Municipal de Saúde, tem uma importância muito grande nas decisões e no controle das ações de saúde que são desenvolvidas no município. O apoio dos conselheiros é fundamental para a garantia da implantação das ações de enfrentamento da obesidade, bem como de outras que visem a melhoria das condições de saúde das pessoas.

Sendo assim, o curso de formação para gestores e representantes do controle social espera atingir os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Capacitar os gestores e representantes do controle social, visando o fomento de iniciativas locais para o enfrentamento da obesidade no âmbito da Atenção Básica à Saúde do estado de Goiás, com vistas à promoção da saúde, prevenção e controle dessa condição.

Objetivos específicos (Espera-se que, ao final do curso, o gestor e o representante do controle social sejam capazes de:)

- Elaborar um plano municipal para a promoção da saúde, prevenção e controle da obesidade;
- Articular iniciativas locais, intrasetoriais e intersetoriais para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade;
- Fortalecer as competências necessárias para liderança e advocacy para o enfrentamento da obesidade;
- Tomar decisão para a gestão dos serviços no contexto das ações de alimentação e nutrição, e da promoção de práticas corporais, com ênfase no enfrentamento da obesidade; e
- Socializar o conhecimento produzido durante o curso com os membros de sua equipe para promoção da saúde, prevenção, tratamento e manejo da obesidade no município.

Distribuição dos Módulos

O curso se organiza em **6 módulos**, sendo estes definidos da seguinte forma:

Módulo	Conteúdo
1	Apresentação do curso e contextualização do problema.
2	Uso das informações na saúde: Sistemas de Informação em Saúde e Inquéritos.
3	Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da obesidade.
4	Gestão na Atenção Primária à Saúde com foco na promoção da saúde e na atenção nutricional no SUS voltada para o enfrentamento da obesidade.
5	Parte 1: Liderança e construção da advocacy para o fortalecimento da promoção da saúde e atenção nutricional no SUS; Parte 2: Participação e controle social no fortalecimento da PNAN, PNAB e na PNPS em âmbito municipal.
6	Elaboração do plano de ação para o enfrentamento da obesidade em seu município.

Antes de iniciar os seus estudos, reflita e responda os seguintes questionamentos:

- Quais são os meus objetivos ao fazer este curso?
- Como eu irei me organizar para realizar este curso?
- O que eu espero aprender com este curso e qual o impacto desta aprendizagem na minha prática profissional?

Sugerimos que você anote suas respostas em um Diário de Estudos. Esse diário também será importante para outras atividades que realizaremos ao longo do curso, portanto, tenha-o sempre em mãos durante seus estudos.

Esperamos que você esteja motivado para a realização deste curso e que os conteúdos aqui abordados o auxiliem na elaboração de ações para o enfrentamento da obesidade no seu município!

Módulo 1: Contextualização do Problema

Afinal, o que é obesidade? A obesidade é um problema de saúde pública? Quais são as causas da obesidade? Qual é o custo da obesidade para o SUS? Qual é o meu papel, como gestor municipal de saúde ou representante do controle social, no enfrentamento da obesidade?

Antes de prosseguir na leitura, convido você a refletir sobre essas questões e respondê-las, com base em seus conhecimentos prévios sobre esse assunto, no seu Diário de Estudos.

O que é obesidade?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, capaz de causar repercussões à saúde. Como a gordura corporal é difícil de ser medida diretamente, a OMS recomenda o uso do parâmetro Índice de Massa Corporal (IMC) para o diagnóstico da obesidade, calculado dividindo-se o peso do indivíduo por sua altura elevada ao quadrado. Para ser considerado obeso, o valor do IMC deve estar acima de 30 kg/m² (WHO, 2000).

Calcule seu IMC e veja em qual categoria você se encontra!

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em Kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (em metros)}} \quad \text{ou} \quad \frac{\text{Peso (em Kg)}}{\text{altura} \times \text{altura (em metros)}}$$

Classificação do IMC de acordo com o resultado

IMC menor que 18,5 kg/m²: **Abaixo do peso**

IMC entre 18,5 e 25 kg/m²: **Peso normal**

IMC entre 25 e 30 kg/m²: **Sobrepeso**

IMC igual ou maior que 30 kg/m²: **Obesidade**

É importante diferenciar, neste momento, o conceito de obesidade com os de sobrepeso e excesso de peso. Apesar de serem utilizados como sinônimos, apresentam algumas diferenças (WHO, 2000):

- **Sobrepeso:** é o acúmulo anormal de gordura corporal e diagnosticado por um IMC entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m². É considerado como uma pré-obesidade.
- **Excesso de peso:** considera os indivíduos com sobrepeso e obesidade, ou seja, qualquer indivíduo com um valor de IMC acima ou igual a 25 kg/m².

A obesidade é um problema de saúde pública?

Sim! Atualmente, o excesso de peso é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Isso porque sua prevalência dobrou desde 1980, até alcançar a marca de mais de um terço da população com excesso de peso em 2015, o que representa quase 39% da população mundial. As taxas de obesidade aumentaram em todas as idades e em ambos

os sexos, independentemente da região geográfica, etnia ou condição socioeconômica (CHOOI et al., 2019).

Veja, no gráfico abaixo, a tendência de aumento do excesso de peso e da obesidade no mundo (Figura 1). A prevalência de excesso de peso aumentou de 26,5%, em 1980, para 39%, em 2015, representando um aumento de quase 50% em 35 anos. A prevalência de obesidade também aumentou: de 7%, em 1980, para 12,5%, em 2015, representando um aumento de quase 80%. Observe também, no gráfico, que a prevalência de excesso de peso e obesidade foi sempre maior nas mulheres do que nos homens durante esse período (CHOOI et al., 2019).

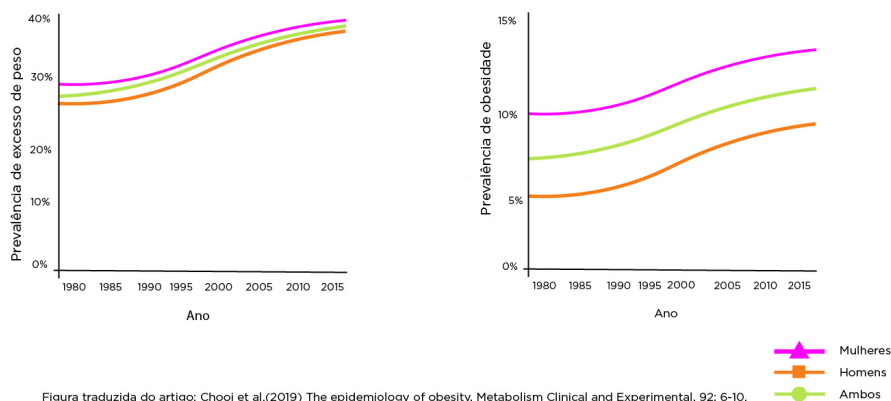


Figura 1. Tendência de aumento do excesso de peso e da obesidade no mundo.

Mas, e no Brasil?

Dados da Pesquisa Nacional Vigitel mostram que, só no Brasil, a obesidade aumentou 67,8% nos últimos 13 anos, saltando de 11,8%, em 2006, para 19,8%, em 2018 (Figura 2), também com aumento mais acentuado entre as mulheres (BRASIL, 2019).

OBESIDADE

Obesidade cresceu 60% em dez anos de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016

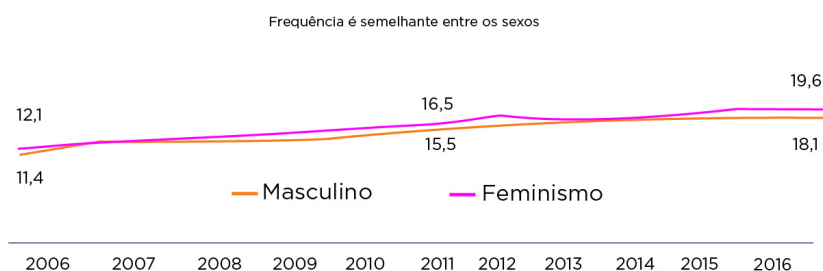


Figura 2. Prevalência de obesidade em adultos entre 2006 e 2018. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130 p.

Quando consideramos indivíduos com excesso de peso no ano de 2018, observamos que mais da metade da população brasileira está com sobrepeso e obesidade (55,7%), sendo a prevalência maior entre homens (57,8%) do que entre mulheres (53,9%) (BRASIL, 2019).

Quadro 1. Indicadores do Vigitel que apresentam variação temporal estatisticamente significativa no período, por sexo. População adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (2006-2018), p. 103-104. Fonte: Vigitel (2019).

Indicadores	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação anual média (em PP)*
% com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m)	Homens	47,5	48,8	49,8	50,1	52,4	53,4	54,5	54,7	56,5	57,6	57,7	57,3	57,8	0,92
	Mulheres	38,5	38,7	40,7	42,3	44,6	44,9	48,1	47,4	49,1	50,8	50,5	51,2	53,9	1,27
% com excesso de peso (IMC ≥ 30 kg/m)	Homens	11,4	13,6	13,4	13,9	14,4	15,5	16,5	17,5	17,6	18,1	18,1	19,2	18,7	0,61
	Mulheres	12,1	13,1	13,9	14,7	15,6	16,5	18,2	17,5	18,2	19,7	19,6	18,7	20,7	0,68
*PP: pontos percentuais															

Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

Dica de leitura:

Leia a publicação do VIGITEL na íntegra, acessando o seguinte link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

A obesidade também é considerada um problema de saúde pública porque, além de ser uma doença, é um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, os cânceres e o Diabetes **Mellitus** tipo 2 (GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse grupo de doenças foi responsável por 71% de todos os óbitos no mundo em 2016, ou seja, 41 milhões de mortes. Entre essas mortes, 15 milhões ocorreram prematuramente, ou seja, em indivíduos de 30 a 70 anos de idade (WHO, 2018). Só o excesso de peso contribuiu para 4 milhões de mortes em todo o mundo em 2015, o que representa 7,1% dos óbitos por qualquer causa (GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

No Brasil, as principais causas de morte do ano de 2014 estão apresentadas na Figura 3. Estimativas nacionais revelam que as DCNT foram responsáveis, em 2013, por mais de 72,6% dos óbitos no nosso país. As doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar nas causas de óbito (29,7%), seguidas das neoplasias (16,8%), das doenças respiratórias crônicas (5,9%) e do diabetes (5,1%) (MALTA et al., 2019). Considerando a carga global de doenças no país, o estudo mostrou que o IMC elevado foi o terceiro fator de risco atribuível à carga global de doenças nas mulheres e o quinto fator para os homens no Brasil (MALTA et al., 2017).

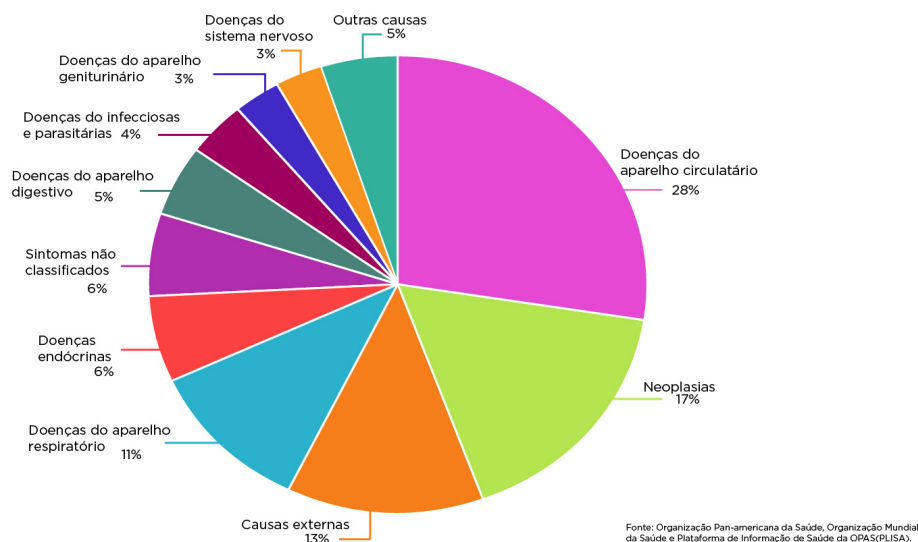


Figura 3. Principais causas de morte no Brasil no ano de 2014 Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00217.pdf>

Leitura 1: Reforço da Aprendizagem

A obesidade é considerada, pela OMS, como a epidemia do século XXI. Níveis alarmantes dessa doença atingem as populações de quase todo o mundo, mas nem sempre foi assim. Durante séculos, a raça humana se deparou com a escassez de alimentos, doenças e um ambiente hostil que a mantinha com peso e estatura abaixo do aceitável para os parâmetros atuais. Porém, registros históricos mostram que, com o início da Revolução Industrial, especialmente nos países desenvolvidos, a altura e o peso aumentaram progressivamente até que, no ano 2000, a raça humana alcançou um marco histórico quando, pela primeira vez na história da humanidade, o número de adultos com excesso de peso superou o número daqueles com baixo peso.

Com a apresentação da magnitude da obesidade no Brasil e no mundo, fica mais evidente que essa doença se configura como um importante problema de saúde pública, sendo um dos principais desafios nos dias atuais.

E, para motivá-lo a começar a pensar em estratégias de prevenção e controle da obesidade, abordaremos, agora, as causas da obesidade.

Com a apresentação da magnitude da obesidade no Brasil e no mundo, fica mais evidente que essa doença se configura como um importante problema de saúde pública, sendo um dos principais desafios nos dias atuais. E, para motivá-lo a começar a pensar em estratégias de prevenção e controle da obesidade, abordaremos, agora, as causas da obesidade.

Quais são as causas da obesidade?

Segundo a OMS, a causa fundamental da obesidade é um desequilíbrio entre as calorias consumidas e as calorias gastas (Figura 4) (WHO, 2000). E tal desequilíbrio é resultante do aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e açúcares, como é o caso dos alimentos ultraprocessados, associado ao sedentarismo (CHOOI et al., 2019).



Figura 4. Balanço energético e excesso de peso

No entanto, não podemos atribuir a culpa do ganho de peso excessivo somente ao indivíduo. Inúmeros fatores de ordem biopsicossocial estão envolvidos nesse processo, em que o ambiente onde vivemos (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar de destaque na análise do problema (DIAS et al., 2017).

Atualmente, vivemos em um ambiente considerado "obesogênico", que induz à adoção de comportamentos alimentares e de práticas de atividade física inadequadas, consideradas, como citado acima, os principais fatores no desenvolvimento da obesidade (SILVA et al., 2019).

Glossário

Ambiente obesogênico refere-se ao conjunto de fatores do ambiente em que vivem as pessoas, determinando o consumo e o gasto de energia, e, consequentemente, promovendo o desenvolvimento da obesidade.

Tente se lembrar, agora, de fatores ambientais que induzem à adoção de hábitos alimentares não saudáveis. Agora, escreva em seu Diário de Estudos o que você identificou de características de um ambiente obesogênico que você considera exemplo desse conceito.

LEITURA 2: REFORÇO DA APRENDIZAGEM

Segundo o artigo de Souza e Oliveira (2008), a urbanização e a globalização foram processos que atuaram de forma a modificar o estilo de vida dos indivíduos, resultando no aumento do consumo de alimentos industrializados, prontos para o consumo e ricos em açúcares, gorduras e sódio, e na alarmante frequência de pessoas sedentárias. Além disso, soma-se os meios de comunicação, que nos impulsionam ao consumo de alimentos não saudáveis, às atuais políticas de preço dos alimentos (taxação) e outros fatores, que fazem com que o indivíduo opte por comportamentos não saudáveis, levando ao excesso de peso. Para conhecer mais sobre a influência do ambiente na determinação da obesidade, leia o texto "O ambiente como elemento determinante da obesidade" na íntegra, disponível em: <http://redesans.com.br/rede/wp-content/uploads/2012/10/o-ambiente-como-elemento-paraleitura.pdf>

Diante do que foi apresentado, podemos concluir que temos um enorme desafio à frente. Planejar ações focadas somente no âmbito individual é importante, mas não é suficiente para a redução das altas prevalências de obesidade e suas consequências a nível de saúde pública. Para o enfrentamento desse problema, é necessário planejar estratégias mais abrangentes, integradas e sustentáveis, com articulação intra e intersetorial, focadas na promoção da saúde e modificação do estilo de vida de toda a população (DIAS et al., 2017).

Para aprofundar ainda mais nossa discussão sobre a obesidade como um problema de saúde pública, apresentaremos, a seguir, os custos da obesidade, que, para o sistema público de saúde, podem ser extremamente altos.

Quais são os custos da obesidade para o SUS?

Quando falamos em custo, é comum nos referirmos somente ao gasto incorrido com o tratamento em hospitais ou postos de saúde, e aos medicamentos utilizados. No entanto, devemos considerar, nessa avaliação, os custos que não são apresentados nas planilhas de custo, mas que trazem inúmeras repercussões para a sociedade, também denominado custo social (PEREIRA; BARATA, 2014).

Na área da saúde, segundo Pereira e Barata (2014), o conceito de custo social agrega três dimensões:

1. **Custo direto:** é o gasto decorrente diretamente dos cuidados de saúde ou do tratamento de doenças. São exemplos de custos diretos os custos médicos (serviços ambulatoriais, serviços hospitalares, exames de diagnósticos e medicamentos) e os custos não médicos (internações hospitalares, transporte e terapias alternativas);
2. **Custo indireto:** são os gastos que incorrem ao paciente e a terceiros, mas que não estão diretamente associados ao tratamento da doença. Esses custos se referem à perda de produtividade no trabalho (absenteísmo) e à perda de renda, as quais não afetam somente o indivíduo, mas também sua família e a sociedade;
3. **Custo intangível:** estão relacionados à perda de anos potenciais de vida devido ao óbito, custo decorrente do luto por morte de ente querido, custo relacionado às incapacidades, dentre outros. Normalmente, são custos de difícil mensuração, pois englobam aspectos físicos, emocionais e sociais.

A maioria dos estudos que avalia o custo da obesidade só o faz considerando os custos diretos dessa doença. Dados do observatório *World Obesity Federation* estimam que, até 2025, os custos para tratar as doenças causadas pela obesidade serão de 1,2 trilhões de dólares ao ano, a menos que seja feito algo para conter seu crescimento acelerado. De acordo com esse relatório, o Brasil será o sexto país com o maior gasto no tratamento de problemas associados à obesidade, como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes.

Foi realizado um estudo com o objetivo de estimar os custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde no Brasil, em 2018. O estudo revelou que os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais, sendo 59% referentes ao tratamento da hipertensão, 30%, ao do diabetes, e 11%, ao da obesidade. No total, 72% dos custos foram com indivíduos de 30 a 69 anos de idade, e 56%, com mulheres. Compreendendo a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão, equivalente a 41% dos custos totais (NILSON et al., 2020).

Sobre os custos indiretos, um estudo avaliou a perda de produtividade por doenças associadas ao sobrepeso/obesidade pela identificação do número de dias de hospitalização. O número de dias de trabalho perdido em função da obesidade e de doenças associadas foi de 3,9 a 10,3 dias/ano para homens e 3,6 a 9,9 dias/ano para mulheres. O total de custos foi equivalente a 3% dos custos totais de hospitalização em homens e 5,8% em mulheres, correspondendo a 6,8 e 9,3% de todas as hospitalizações (SICHIERI et al., 2007).

Nesse sentido, é importante destacar que a obesidade não é apenas uma questão de saúde pública, mas também de desenvolvimento econômico. E os custos totais decorrentes da obesidade e de doenças relacionadas são significativos e crescentes para os sistemas de saúde e para a sociedade.

Assim, reflita sobre os seguintes questionamentos:

- Com o aumento crescente da obesidade em todas as faixas etárias, será que os recursos financeiros disponíveis para o setor saúde no seu município serão suficientes?
- Por ser uma doença evitável, se prevenida, quanto recurso poderia ser investido em outras demandas do setor saúde no seu município?

Leia a Reportagem:

<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/sus-gasta-488-milhoes-por-ano-com-obesidade-7881980>

O papel do gestor municipal de saúde ou representante do controle social no enfrentamento da obesidade

Diante do que foi apresentado até o momento, é extremamente importante discutirmos sobre o papel do gestor municipal de saúde e do representante do controle social no enfrentamento da obesidade. Para te ajudar a responder a essa questão, tente refletir primeiro sobre os seguintes pontos: o que é ser gestor? Quais são as funções de um gestor em saúde? E, especificamente para o representante do controle social, qual é o papel do controle social dentro da gestão do SUS?

Escreva suas respostas no seu Diário de Estudos.

Segundo Pedro Ribeiro Barbosa (2009, p. 348):

“Fazer gestão significa, em essência, ter foco em resultados, considerando objetivos e metas preestabelecidas... Fazemos gestão em função de expectativas de um futuro melhor em relação ao presente. Fazemos gestão porque é preciso transformar a realidade, as condições materiais e mesmo imateriais, inclusive simbólicas. Fazemos gestão porque queremos um mundo diferente...”

No que tange à saúde, fundamentalmente, queremos menos doenças, mais vida, mais qualidade de vida, vida mais longa, e isso não é pouco. Essa é a tarefa dos gestores da saúde: propiciar e facilitar a organização da sociedade para que possamos enfrentar os desafios e superar os problemas que nos impedem de viver mais e melhor ou, dito de outro modo, que ocorram menos mortes, doenças, incapacidades, infelicidades.”

Ser gestor não é fácil, mas encare como sendo um privilégio contribuir ativamente para a melhoria da saúde da população!

Neste curso, pretendemos instrumentalizá-lo para o planejamento de ações voltadas ao enfrentamento da obesidade, para que você, juntamente com sua equipe de trabalho, possa enfrentar esse grande desafio de saúde pública, e para que a população do município sob sua responsabilidade tenha menos doenças, mais vida, mais qualidade de vida e vida longa.

Extremamente essencial nesse processo é a participação da sociedade na elaboração e execução das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da obesidade. Por esse motivo, este curso também é destinado a membros do Conselho Municipal de Saúde (ou representantes do controle social), pelo importante papel como interlocutores entre a comunidade e a gestão.

Juntos (gestão, profissionais da saúde e sociedade), podemos conter o avanço da obesidade e gerar mais saúde e qualidade de vida para a população.

Atividade do módulo 1:

Se você fosse chamado para pensar sobre obesidade em uma campanha em sua cidade, o que você consideraria mais importante ser apresentado para as pessoas no intuito de convencê-las a cuidarem de seus hábitos de vida para adotarem medidas de enfrentamento contra a obesidade? Registre sua opinião em seu Diário de Estudos.

Esperamos que você tenha refletido sobre o desafio que temos nas mãos e que tenha se motivado a planejar ações para o enfrentamento da obesidade em seu município. Até o próximo módulo.

Leitura Complementar (Para conhecer mais sobre):

- 1) **História da epidemia global de obesidade:** leia o artigo "The Global Epidemic of Obesity: An Overview" disponível em: <https://academic.oup.com/epirev/article/29/1/1/444345>
- 2) **História da alimentação no Brasil:** leia o artigo "Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro", disponível em: http://www2.uefs.br:8081/cer/wp-content/uploads/FRANCA_Fabiana.pdf
- 3) **Prevalência mundial de excesso de peso:** leia o artigo em: "The epidemiology of obesity", disponível em: [https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495\(18\)30194-X/pdf](https://www.metabolismjournal.com/article/S0026-0495(18)30194-X/pdf)
- 4) **Leia o artigo na íntegra:** "Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years". Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=health+effects+of+overweight+and+obesity+in+195+countries+over+25+years>
- 5) **Dica de leitura:** O artigo "Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015" analisa a carga global de doença quanto aos anos de vida ajustados por incapacidade (disability adjusted life years – DALYs) atribuídos a vários fatores de risco para o Brasil e para as 27 Unidades Federadas. Está disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00217.pdf>
- 6) **A dissertação de doutorado de Michele Lessa de Oliveira sobre a "Estimativa dos Custos da Obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil" está disponível no link:** <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13323>
- 7) **Dica de leitura:** endereço para encontrar dados estatísticos de saúde globais e regionais no site da Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/healthinfo/en/>
- "O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura"** está disponível no link: <rmmg.org/exportar-pdf/2455/v28s5a28.pdf>
- 9) **"Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS"** está disponível no link: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf

Referências

- BAHIA, L.; COUTINHO, E. S.; BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; MALHÃO, T. A.; DE SOUZA, C. P.; ARAÚJO, D. V. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 440, 2012.
- BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. Caderno de funções gestoras e seus instrumentos. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
- CHOOI, Y. C.; DING, C.; MAGKOS, F. The epidemiology of obesity. **Metabolism Clinical and Experimental**, v. 92, n. 6–10, 2019.
- DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.
- GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. **The New England Journal of Medicine**, v. 377, p. 13-27, 2017.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S. C. A.; OLIVEIRA, T. P.; DE MOURA, L.; PRADO, R. R.; SOUZA, M. F. M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

MALTA, D. C.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MACHADO, I. E.; PASSOS, V. M. A.; ABREU, D. M. X.; ISHITANI, L. H.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; CARNEIRO, M.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. , p. 217-232, 2017. Supl. 1.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 44, 2020.

PEREIRA, C. A. R.; BARATA, M. M. L. Custo social de doenças e método proposto para sua estimação. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 6, n. , p. 9-15, 2014.

SICHIERI, R.; NASCIMENTO, S.; COUTINHO, W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1721-7, 2007.

SILVA, F. M. O.; NOVAES, T. G.; RIBEIRO, A. Q.; LONGO, G. Z.; PESSOA, M. C. Fatores ambientais associados à obesidade em população adulta de um município brasileiro de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, 2019.

World Health Organization (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic:** report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 2000.

World Health Organization (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles** 2018. Geneva: WHO; 2018.

Módulo 2: Diagnóstico da situação de saúde relacionada à obesidade no município

No módulo anterior, discutimos que a obesidade é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Mais da metade da população brasileira está com excesso de peso, sendo 1 em cada 5 indivíduos obesos (BRASIL, 2019). Além de ser uma doença, é um dos principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que, juntas, representam altos custos para o sistema público de saúde no país (OLIVEIRA et al., 2015).

Glossário: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A Hipertensão Arterial, o Diabetes, Cânceres e as Doenças Respiratórias Crônicas representam as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Consideradas silenciosas por se desenvolverem ao longo da vida, são responsáveis por 72% óbitos no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 57,4 milhões de pessoas possuem pelo menos uma DCNT no país. Existem alguns fatores que favorecem seu desenvolvimento no organismo: fatores genéticos, sexo, idade, além de hábitos e comportamentos de risco, como inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas.

No entanto, você pode se perguntar: será que o excesso de peso também é um problema de saúde pública em meu município? Como quantificar esse problema?

O objetivo deste módulo é fornecer subsídios para que você conheça a situação de saúde relacionada à obesidade em seu município e levante as informações necessárias para atuar de modo mais assertivo no enfrentamento desse problema.

Indicadores de saúde

Para você, o que é saúde? Pergunte para alguém perto de você: "o que é saúde?". Na maioria das vezes, temos a tendência de dizer que saúde é a ausência de doença. No entanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (1947), ter saúde vai muito além de não estar doente, "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social". E o conceito de saúde, formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), apresentado em seu relatório final, é ainda mais ampliado, pois considera a saúde como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde", evidenciando o papel dos Determinantes Sociais da Saúde como sendo as condições necessárias para se garantir a saúde (BATISTELLA, 2007).

GLOSSÁRIO: Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são aqueles relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, impactando sua condição de saúde e qualidade de vida. Complementando esse conceito, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) diz que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e em seus fatores de risco na população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>

Mas, como se mede saúde? Como eu, gestor, posso avaliar se a população do meu município está saudável ou não?

A necessidade de avaliação do nível de saúde das populações é assunto de interesse de organismos governamentais e não governamentais há muito tempo. Por mais de cem anos, a maioria dos países vem coletando dados estatísticos para tentar refletir sobre as condições de saúde de suas populações. E o conjunto desses dados chamamos de *indicadores de saúde* (MEDRONHO, 2009).

Indicadores de saúde são medidas que tentam sintetizar informações relevantes sobre atributos e dimensões do estado de saúde, assim como o desempenho do sistema de saúde de uma determinada população (RIPSA, 2008). É uma forma de *quantificar saúde*, de forma que fique mais fácil sua avaliação.

Para tentar exemplificar, podemos citar como indicadores de saúde de um indivíduo a pressão arterial, o índice de Apgar, a capacidade de caminhar sem auxílio por 100 metros, assim como a avaliação do próprio estado de saúde. No âmbito populacional, foco do nosso curso, são exemplos de indicadores a taxa de mortalidade por determinada causa, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e expectativa de vida ao nascer (MEDRONHO, 2009).

Além de avaliar o nível de saúde das populações, os indicadores de saúde nos fornecem uma base objetiva para identificar os principais problemas de saúde pública, definir prioridades, elaborar políticas públicas e avaliar a efetividade das ações de prevenção e assistência. Sendo assim, são importantes aliados no processo de gestão em saúde (RIPSA, 2008; MEDRONHO, 2009).

Elaboração de indicadores de saúde

A elaboração de indicadores de saúde é um processo dinâmico: à medida que as condições de saúde mudam, novos problemas de saúde ganham relevância e, consequentemente, novos indicadores de saúde são necessários.

Saiba mais: evolução dos indicadores de saúde

Os primeiros indicadores de saúde eram constituídos por medidas de mortalidade, obtidas a partir de estatísticas de registro civil. Eram os eventos mais relevantes na época, em um contexto com predomínio de doenças infectocontagiosas, frequentemente letais e de curta duração. Porém, a partir da II Guerra Mundial, foi observada uma redução nas taxas de mortalidade e um aumento na expectativa de vida ao nascer, principalmente nos países em desenvolvimento. E, juntamente com o envelhecimento da população, o perfil de doenças começou a mudar, passando de doenças agudas para doenças crônico-degenerativas, caracterizadas por início lento e longa duração, com perda progressiva da capacidade funcional.

Diante desse novo cenário, as medidas de mortalidade de base populacional, que eram consideradas as únicas medidas relevantes e sensíveis na época, já não eram suficientes para avaliar o nível de saúde das populações. Precisaria agora de medidas de morbidade (doenças) voltadas à prevenção e/ou retardamento do adoecimento, redução de incapacidades e avaliação da qualidade de vida.

A construção de um indicador vai desde a simples contagem direta de óbitos ou casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados. Podem ser expressos de duas maneiras: na forma de números absolutos e números relativos (RIPSA, 2008).

Números absolutos	Números relativos
Utilizações: <ul style="list-style-type: none">• Populações pequenas• Doenças/eventos raros• Gerenciamento dos serviços de saúde Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• Número de casos novos de hipertensão diagnosticados no Brasil em 2018.• Número de internações hospitalares por diabetes no município de Goiânia em 2017.	Utilizações: <ul style="list-style-type: none">• Populações maiores• Comparação entre populações Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• Coeficiente de mortalidade infantil no município de Jataí em 2017.• Razão de mortalidade materna no estado de Goiás em 2019. <p>- São expressos na forma de proporções, razões, taxas ou índices:</p> <ul style="list-style-type: none">- Razão: Divisão em que o numerador e denominador não têm a mesma natureza. (ex: visitas domiciliares realizadas no mês/agentes comunitários efetivos por mês);- Proporção: Divisão em que o numerador faz parte do denominador (ex: óbitos por doenças cardiovasculares/total de óbitos);- Taxa ou coeficiente: Número de casos dividido pela população em risco de apresentar esses casos. (ex: Taxa de mortalidade geral = número total de óbitos/população total x 100.000);- Índice: Relação entre entidades de distintas naturezas (ex: Índice de Massa Corporal = peso/altura²)

E a qualidade de um indicador deve ser definida por alguns critérios (RIPSA, 2008):

- **Validade:** capacidade de medir o que se pretende medir;
- **Confiabilidade:** reproduz os mesmos resultados quando aplicado em condições similares;
- **Mensurabilidade:** baseia-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir;
- **Relevância:** responde a prioridades de saúde;

- **Custo-efetividade:** os resultados justificam o investimento de tempo e recursos;
- **Simplicidade de cálculo e interpretação:** capacidade de serem analisados e interpretados com facilidade.

No Brasil, a produção, análise e disseminação das informações sobre saúde é atribuição da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), iniciativa composta por diversas instituições: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS; outros setores de governo, que produzem informações relativas à saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas; agências não governamentais; organismos internacionais; e instâncias de controle social (RIPSA, 2008).

O principal produto da Ripsa é a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), que sistematizam informações essenciais para a compreensão geral da situação de saúde e o acompanhamento de suas tendências. A relação completa dos indicadores selecionados para o IDB consta na Matriz de Indicadores, que dispõe a sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados (RIPSA, 2008).

Na Ripsa, convencionou-se classificar os indicadores em seis subconjuntos de indicadores de saúde: (i) indicadores demográficos; (ii) indicadores socioeconômicos; (iii) indicadores de mortalidade; (iv) indicadores de morbidade e fatores de risco; (v) indicadores de recursos; e (vi) indicadores de cobertura (RIPSA, 2008). Para que você conheça mais sobre esses indicadores, convidamos você a acessar o documento “Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações” (Ripsa, 2008), disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>, e selecionar um indicador de cada um dos seis subgrupos de indicadores que, na sua opinião, tem alguma relação com o enfrentamento da obesidade e das doenças relacionadas à obesidade. Escreva os indicadores selecionados por você em seu Diário de Estudos e descreva o porquê da escolha desses indicadores.

Para saber mais

Sobre a RIPSA, acesse o site: <http://www.ripsa.org.br/>

Fontes de dados em saúde

No Brasil, dispomos de várias fontes de dados para a construção dos indicadores em saúde. As principais fontes são os Sistemas de Informações do Ministério da Saúde e os Censos e Pesquisas.

Sistemas de Informação do Ministério da Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos padronizados de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessários para planejamento, organização, operação e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2015). O Ministério da Saúde dispõe de diversos SIS, sendo os principais apresentados abaixo (RIPSA, 2008):

- **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM):** é o mais antigo sistema de informação de saúde no país e dispõe de dados consolidados nacionalmente desde 1979. Tem na Declaração de Óbito sua principal fonte de informação;



- *Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)*: dispõe de dados consolidados nacionalmente desde 1994, porém, com diferentes graus de cobertura nos primeiros anos de implantação. Fornece informações sobre nascidos vivos no país, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DN);



- *Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)*: implantado no país de forma gradual, a partir de 1993. Tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, nas três esferas de governo, para apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória;



- *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*: é gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde, sendo seu documento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento. Estão disponíveis dados sobre o paciente e a internação, como o diagnóstico de internação, os procedimentos realizados e os valores pagos. A abrangência do sistema está limitada às internações no âmbito do SUS;



- *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*: também gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde, é o sistema responsável pela captação e pelo processamento das contas ambulatoriais do SUS. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais, e, no caso de procedimentos mais onerosos (hemodiálise, terapia oncológica, etc.), consolida dados do documento básico "Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (Apac)";



- *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*: instituído por portaria no ano 2000, registra as características dos estabelecimentos de saúde, tais como leitos hospitalares, serviços, equipamentos, habilitações, relações com o SUS e seus profissionais, com ou sem vínculo empregatício. Contempla dados físicos e humanos de todos os estabelecimentos, e acrescentou-se, posteriormente, o registro das equipes em saúde da família;



- *Sistemas de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúde*: reúne informações de diversas fontes produtoras de dados relativos a emprego, força de trabalho, formação e mercado de trabalho de profissionais de saúde (IBGE, conselhos profissionais, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, entre outras). O banco de dados “Conselhos Profissionais (CONPROF)” dispõe de informações sobre os conselhos federais e regionais de saúde dos conselhos das profissões que compõem a equipe de saúde. Este SIS contém informações, desde o nível municipal, sobre recursos humanos, características dos empregos e capacidade instalada;

13



- *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*: implantado em 1999, tem como objetivo subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo, através da formação e manutenção de um banco de dados sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde, sob responsabilidade do poder público;



- *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)*: operado a partir da Atenção Básica, o SISVAN produz dados continuamente e gera informações sobre a situação alimentar e nutricional da população, a partir do monitoramento do estado nutricional e consumo alimentar dos usuários do SUS em cada fase da vida durante o acompanhamento nutricional. É acessado por meio do SISVAN Web.

É importante ressaltar a fidedignidade e as possíveis limitações de cada SIS, lembrando da possibilidade de subregistro de informações. Nos últimos anos, porém, observa-se que esses sistemas melhoraram substancialmente sua cobertura e qualidade dos dados, sendo a causa básica de morte no SIM um dos pontos que ainda deixa um pouco a desejar (JORGE et al., 2007).

Censos e Pesquisas

Uma forma de complementar os dados dos SIS do Ministério da Saúde para a elaboração de indicadores é utilizar os dados de censos e pesquisas realizados por instituições governamentais ou não governamentais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o órgão responsável pelo sistema estatístico nacional, que tem como responsabilidade a realização de censos, inquéritos e pesquisas, por amostra domiciliar e outras, que geram as bases populacionais utilizadas para o cálculo de indicadores. Além do IBGE, outros órgãos, como instituições de ensino superior, também realizam pesquisas com o objetivo de levantar dados de saúde da população (RIPSA, 2008).

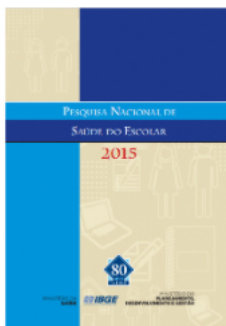
São exemplos de censos e pesquisas: censo demográfico; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF); Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), etc. (RIPSA, 2008). Abaixo,

estão destacadas as principais pesquisas nacionais relacionadas ao enfrentamento da obesidade e DCNT relacionadas à obesidade:

- *Pesquisa Nacional da Saúde (PNS)*: inquérito de saúde de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em 2013, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS teve como foco a coleta de informações sobre as principais DCNT, estilos de vida e acesso ao atendimento médico de indivíduos brasileiros acima de 18 anos. Apresenta um módulo específico sobre a saúde das crianças menores de dois anos. A previsão da coleta de dados para a próxima PNS está prevista para o 2º semestre de 2019 (IBGE, 2020);



- *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*: pesquisa realizada com estudantes de escolas públicas e privadas. Tem como objetivo determinar a prevalência de fatores de risco comportamentais junto à população de adolescentes, acompanhar as tendências dessas prevalências ao longo do tempo e gerar evidências para orientar e avaliar intervenções voltadas a esse público. Realizada no país em três edições (2009, 2012 e 2015), contém informações sobre os fatores de risco em comum para as DCNT (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de álcool), estado nutricional, percepção da imagem corporal, entre outros (IBGE, 2020);



- *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel*: compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para DCNT do Ministério da Saúde, juntamente com outros inquéritos, como a PNS e PeNSE. Entre as DCNT monitoradas por essa pesquisa, incluem-se diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, além do sobrepeso e da obesidade. Investiga-se, também, os fatores de risco modificáveis em comum dessas doenças, como o tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso nocivo de bebidas alcoólicas. É realizado anualmente pelo Ministério da Saúde com a população adulta (> 18 anos) desde 2006 (BRASIL, 2020).



Saiba mais: Conecta SUS

O Conecta SUS é uma estação tecnológica, instalada na sede da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), que monitora, em tempo real, todas as informações em saúde do estado. É um projeto inédito no país, que acompanha mais de 200 indicadores de saúde dos 246 municípios goianos e possui diversas plataformas de dados que permitem aos gestores decidirem questões que impactam diretamente na saúde e no bem-estar da população goiana, como, por exemplo, dados sobre coberturas vacinais, índices de infestação do mosquito *Aedes aegypti* e andamento de obras e gastos da SES-GO. Para verificar os indicadores de saúde disponíveis para o seu município, acesse o link abaixo: <https://www.saude.go.gov.br/sistemas-de-saude/conecta-sus>.

Construção e utilização de indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação dos programas e das ações na Atenção Primária à Saúde voltados ao controle da obesidade

O monitoramento e a avaliação são elementos fundamentais para o planejamento e a gestão das ações e programas de saúde. Monitoramento refere-se ao acompanhamento sistemático das metas estabelecidas para determinada intervenção, por meio de indicadores mensurados a partir da coleta contínua de dados. Já a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os impactos de uma determinada intervenção, de maneira a auxiliar no processo de tomada de decisão, seja ele na formulação ou implementação de ações ou programas de saúde (TAMAKI et al., 2012; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesse sentido, a construção e utilização de indicadores para realizar essas etapas (monitoramento e avaliação) contribuem para uma gestão em saúde eficiente (TAMAKI et al., 2012). É durante esses processos que você, gestor, decide se vai manter a meta estabelecida inicialmente, reavaliá-la no sentido de descobrir por que o resultado não foi atingido, ou mudar a meta, deixando-a mais desafiadora.

Agora, vamos praticar?

Atividade do módulo 2:

Diante do que foi discutido no módulo 2, **tendo em vista a realidade do seu município**, descreva:

1. Como é feita a coleta de dados?
2. Como esses dados são introduzidos nos Sistemas de Informação?
3. De que forma esses dados são analisados?
4. Como esses dados apoiam as tomadas de decisões da gestão?
5. Quais intervenções acontecem tendo como base esses dados?

Refleta, agora, sobre o contexto da obesidade: quais indicadores podem ser utilizados para a avaliação e o monitoramento de ações de enfrentamento da obesidade em seu município?

Para construção da atividade, baseie-se no esquema a seguir:

Referências

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F., CORBO, A. D., organizadores. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas sociais/saúde**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>. Acesso em: 25 fev 2020.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; SILVA, E. N. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: An application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. **PLoS One**, v. 10, n. 4, 2015.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

TAMAKI, E. M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E.; et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, O. Y., TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

Módulo 3: Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da obesidade

Seja muito bem-vindo(a) ao módulo 3 deste curso!

O módulo 3 tem como principal objetivo apresentar aos gestores e representantes do controle social um breve resumo das principais políticas, programas e ações do Ministério da Saúde voltados para o enfrentamento da obesidade.

Para iniciar este módulo, vamos apresentar, inicialmente, alguns conceitos básicos sobre políticas públicas, como se dá o ciclo de elaboração das políticas públicas e os atores envolvidos na gestão dessas políticas. Bons estudos!

O que são Políticas Públicas?

Existem mais de 100 definições de Políticas Públicas, que podem assumir diferentes contornos, a depender do campo de conhecimento que se quer estudar. No campo da saúde, foco do nosso estudo, as definições se concentram na eficácia e efetividade das soluções dos problemas de saúde de indivíduos ou da coletividade, buscando intervir no processo saúde e doença, e promover a saúde e o bem-estar (JAIME, 2019).

Nesse sentido, destacamos o conceito proposto por Jaime (2019), que diz que as políticas públicas configuram-se como um “conjunto de diretrizes e regramentos norteadores da ação do poder público e que mediam as relações entre atores da sociedade e o Estado”. Outros autores também discutem como sendo “conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social” (FIOCRUZ, 2020).

Por ser caráter público, devem ser submetidas ao debate na sociedade e orientadas pelos interesses públicos, com foco na garantia dos direitos humanos à população (JAIME, 2019).

Saiba mais: O que são Direitos Humanos?

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), Direitos Humanos são *“direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição”*.

São exemplos de direitos humanos o direito à vida, moradia, trabalho, educação, saúde e alimentação adequada.

Saiba mais: Direito à Saúde

Além de ser um Direito Humano estabelecido pela ONU, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988. Segundo o Art. 196 desta Constituição, *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Tal preceito é complementado pela lei 8.080 de 1990, no seu artigo 2º: *“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*.

As políticas públicas normalmente se apresentam na forma de *planos, programas, ações e atividades*, que são encadeados de forma integrada e lógica (SECCHI, 2012). Os **planos** contemplam diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados em longo prazo. Um exemplo é o Plano Municipal de Saúde, um instrumento de planejamento do SUS que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados para a área da saúde no município no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas.

Os **programas** são um aprofundamento do plano, em que se definem objetivos gerais e específicos focados em determinado tema. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é um exemplo de programa, que tem como objetivo oferecer alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. Trata-se, então, de um exemplo de política pública brasileira, bastante sólida, que visa garantir o direito constitucional à alimentação.

Ações, por sua vez, visam o alcance de determinado objetivo estabelecido pelo programa, como, por exemplo, “ações de educação alimentar e nutricional” dentro do PNAE, citado acima; e a *atividade* é a forma de concretizar a ação.

Ciclo de elaboração das políticas públicas

O processo de elaboração das políticas públicas, também conhecido como o “Ciclo das Políticas Públicas” (Figura 1), envolve diversas etapas: identificação do problema; definição da agenda; seleção de soluções; tomada de decisão; implementação; e monitoramento e avaliação (JAIME, 2019).

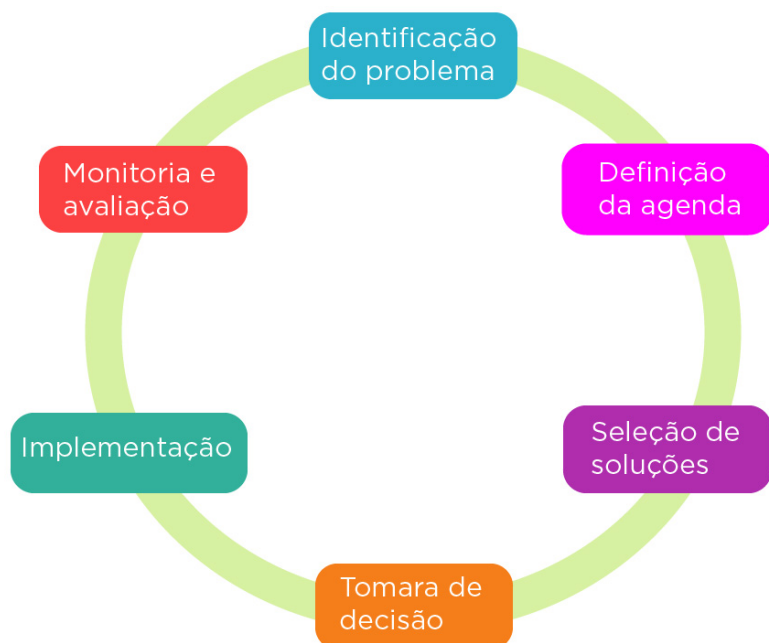


Figura 1. Ciclo das Políticas Públicas.

- **Identificação do problema:** as políticas públicas surgem a partir da necessidade de resolver um problema. Para serem realizadas, é necessário um bom diagnóstico situacional, com uma base sólida de informações e dados, para o levantamento das necessidades e prioridades;
- **Definição da agenda:** após a identificação do problema, o tema deve ser colocado na agenda pública, que nada mais é que uma lista de reivindicações e demandas que o poder público se compromete a resolver;
- **Seleção de soluções:** em seguida, deve-se buscar por soluções para a resolução do problema. O ideal é que essas soluções sejam baseadas em estudos científicos e que levem em consideração os resultados obtidos em programas anteriores relacionados ao tema, se houver;
- **Tomada de decisão:** a partir do levantamento das opções possíveis para a resolução do problema, os dirigentes públicos optam por uma solução. Deve fazer parte desse momento a definição de metas e de estratégias de monitoramento e avaliação, o estabelecimento de prazos e o planejamento dos recursos necessários para a realização da política e de seus instrumentos de implementação;
- **Implementação:** assim que as linhas de ação para o enfrentamento do problema forem definidas, elas deverão ser traduzidas em instrumentos de implementação, tais como leis, decretos, portarias, planos, programas, resoluções, entre outros atos de administração pública;
- **Monitoramento e avaliação:** após a implementação da política pública, deve-se realizar a análise do processo de execução e do impacto das ações, ou seja, das modificações que foram produzidas pela política. É a avaliação da eficácia e *efetividade* da política proposta.

Atores envolvidos na gestão das políticas públicas

As políticas públicas são resultado de uma relação social que envolve diversos atores, que, por vezes, apresentam interesses contraditórios. Para tentar entender melhor essa relação, apresentaremos a seguir os cinco principais atores das políticas públicas: poder público,

dirigentes públicos, beneficiários ou sujeitos de direitos, sociedade civil organizada e os grupos de pressão (*lobby*) (JAIME, 2019).

- **Poder público:** é composto pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. O Poder Executivo é o responsável pela administração pública, baseado nas leis vigentes no país. O Poder Legislativo cria essas leis, além de controlar e fiscalizar as contas públicas que são administradas pelo Poder Executivo. Já o Poder Judiciário tem o papel de aplicação da lei a um determinado caso;
- **Dirigentes públicos (ou governantes, gestores e tomadores de decisão):** são os responsáveis pela proposição e execução das políticas públicas. Incluem-se nesse grupo o prefeito e os servidores públicos;
- **Beneficiários ou sujeitos de direito:** são o público-alvo das políticas públicas, ou seja, as pessoas que vivem nos espaços de execução dessas políticas;
- **Sociedade civil organizada:** é o agrupamento de pessoas que agem na defesa dos direitos sociais, mas que não fazem parte da estrutura administrativa do Estado. É responsável pela *advocacy*, podendo ser vista como a interlocutora entre o poder público e os cidadãos;
- **Grupos de pressão ou lobby (do inglês):** são segmentos da sociedade que exercem pressão sobre algum poder da esfera pública para influenciar na tomada de decisão em prol de alguma causa ou apoio.

Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade

Agora que já aprofundamos nos conceitos básicos sobre as políticas públicas, vamos seguir para o objetivo principal deste módulo, que é conhecer as principais políticas, programas e ações do Ministério da Saúde voltados para o enfrentamento da obesidade

No Brasil, há várias políticas públicas voltadas para a realização da garantia do direito à saúde e da garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável, e, portanto, podem ser as bases para o planejamento de ações e programas para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no seu município.

Os gestores municipais e representantes do controle social desempenham um papel fundamental no processo de implantação e gestão de programas e ações vinculados a essas políticas, adequando-os ao perfil epidemiológico e à realidade da sua rede de Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) são as bases para o direcionamento das ações prioritárias no SUS, orientando as práticas no cuidado à saúde. No campo da alimentação e nutrição, temos a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), direcionada à melhoria da situação alimentar e nutricional, condição relacionada diretamente à origem da obesidade.

Para além do setor saúde, mas que também possui papel fundamental no sistema alimentar e, consequentemente, no enfrentamento da obesidade, podemos citar a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), ligada diretamente ao campo da garantia da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Uma breve descrição de cada uma dessas políticas é apresentada abaixo:

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)



A obesidade começou a se destacar como um problema de saúde pública no país em 1999, com a publicação da primeira PNAN pelo Ministério da Saúde (RAUBER; JAIME, 2019). Essa política reconheceu a natureza complexa da obesidade e de outras DCNT relacionadas à alimentação e nutrição, e trouxe recomendações para o enfrentamento do problema por meio de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, antecipando a discussão que seria formalmente apresentada pela OMS, na Estratégia Global para a Alimentação Saudável e Atividade Física, em 2004 (OMS, 2004).

Diante das mudanças do cenário alimentar e nutricional, do perfil epidemiológico e da necessidade de atualizar e aprimorar as bases e diretrizes da PNAN, foi publicada, em 2011, uma nova edição dessa política, que tem como propósito a “melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição”. A obesidade e as DCNT relacionadas à alimentação e nutrição estão destacadas como uma das prioridades da atenção nutricional na PNAN por sua elevada frequência e relevância no território nacional (BRASIL, 2013).

Essa política apresenta nove diretrizes (Figura 2), cuja implementação deve ser compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal), e deve ser efetivada por meio de programas e ações desenvolvidos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).



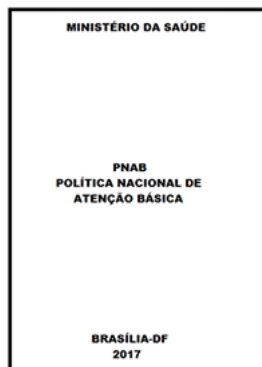
Figura 2. Diretrizes da PNAN.

Convidamos você a ler essa política, disponível no link a seguir:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.

Caso queira aprofundar seus conhecimentos sobre a PNAN, sugerimos também um curso de autoaprendizagem, disponível na plataforma da Redenutri (http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=cursos_off), chamado "Introdução à Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN".

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)



A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) já está na sua terceira edição. A primeira edição, publicada em 2006, ampliou o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB), que teve início no Brasil a partir de 1990, ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Em 2011, a PNAB foi revisada – e, novamente, em 2017 –, sendo esta última portaria publicada em um momento de crise econômica e política no país, trazendo mudanças importantes na organização da AB, mas mantendo a Estratégia Saúde da Família como prioridade (MELO et al., 2018).

Para saber mais

Sobre as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, leia o artigo "Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios", disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>

Segundo a portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a última versão da PNAB, a atenção básica pode ser entendida como um "conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária" (BRASIL, 2017).

O enfrentamento da obesidade deve ser pautado nessa integralidade da atenção à saúde e no acesso universal ao Sistema Único de Saúde, tendo a atenção básica como a principal porta de entrada às ações e aos serviços disponibilizados na RAS.

A nova portaria da PNAB está disponível no link http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html, e é de extrema importância que todos os gestores do SUS a conheçam a fundo. Caso você ainda não tenha lido essa portaria, aproveite este momento para isso!

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)



Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), “promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014).

Apesar de suas diretrizes terem sido inseridas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, a PNPS só se tornou realidade no país em 2006. Em 2014, ela foi revisada, trazendo em sua base o conceito ampliado de saúde por reconhecer a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença (MALTA et al., 2018).

Para o enfrentamento da obesidade, é extremamente necessário contar com os princípios, valores e diretrizes da PNPS, voltados à construção de habilidades individuais para escolhas mais saudáveis e ao fortalecimento de sistemas alimentares locais, os quais ofertam alimentos in natura com melhor qualidade nutricional e incentivam práticas corporais e atividades físicas, que têm na atenção básica o seu locus estratégico.

Quer conhecer mais sobre a PNPS? Ela está disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf.

Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitam a diversidade cultural e que são ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Esse Direito Humano à Alimentação Adequada é um direito constitucional, assegurado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) – Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006 –, que instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Após quatro anos de sua criação, foi publicado o Decreto 7.272, de 25 de agosto de 2010, que regulamenta a LOSAN e institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), que estabelece diretrizes relacionadas com a produção, disponibilidade e acesso à alimentação, com base em sistemas alimentares sustentáveis e descentralizados, focando no ambiente alimentar (BRASIL, 2010).

Para a implantação e implementação da PNSAN, é importante que as coordenações municipais estabeleçam contato com as áreas responsáveis por essa política nos municípios e estados, para verificar se o município está aderindo ao SISAN e para estimular a participação nas câmaras intersetoriais de segurança alimentar e nutricional, no intuito de fortalecer e integrar tais iniciativas (BRASIL, 2017).

Para saber mais sobre a PNSAN

Para obter mais informações sobre o Sistema e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, acesse <http://www.mds.gov.br/caisan-mds>.

Principais planos, programas e ações de prevenção, controle e atenção à obesidade no Brasil

Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde (2004)

A Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde é um documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde e aprovado em maio de 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que propõe ações de prevenção e controle da obesidade e da DCNT em nível local, nacional e mundial. O Brasil assinou essa Estratégia em 2004 (OMS, 2004).

Abordando dois dos principais fatores de risco das doenças não transmissíveis, que são a alimentação e a atividade física, a Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde tem quatro objetivos principais:

1. Reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis, associadas a uma alimentação pouco saudável e à falta de atividade física, mediante uma ação de saúde pública essencial e de medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade;
2. Promover a conscientização e o conhecimento acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção;
3. Fomentar, fortalecer e aplicar políticas e planos de ação mundiais, regionais, nacionais e comunitários, direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física;
4. Fortalecer e instrumentalizar os profissionais de saúde para melhorar a saúde da população.

Para conhecer mais sobre essa Estratégia o Ministério da Saúde fez uma tradução não oficial do documento aprovado pela 57ª Assembleia Mundial da Saúde, e este pode ser acessado em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022)

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), reconhecendo a obesidade como uma doença e um fator de risco para DCNT, com causas e determinantes próprios, se constituindo como o grande desafio para a saúde pública nos dias atuais.

O objetivo desse plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. Para isso, o plano fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações intersetoriais em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BRASIL, 2011).

Em cada um desses eixos, existem ações específicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil. Antes de avançarmos, convido você a conhecer mais sobre essas ações e anotar no seu Diário de Estudos as principais ações que, em sua opinião, se aplicam ao enfrentamento da obesidade.

Link de acesso para o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022): http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf




Saiba mais: avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT

Para conhecer os avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, no período de 2011 a 2015, leia na íntegra o artigo de Malta e colaboradores, disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_arttext#

Abaixo, segue quadro retirado do site do Ministério da Saúde

<https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>, que apresenta as metas do plano monitoradas pela área de Vigilância de DCNT. A meta sobre mortalidade utiliza o Sistema de Informação sobre Mortalidade, e as demais metas são acompanhadas pelo Vigitel (abrangência capitais) e Pesquisa Nacional da Saúde (abrangência nacional).

Metas do Plano de DCNT - Brasil	Valor da linha de base (2010)	Resultado mais recente	Abrangência geográfica
Redução da mortalidade prematura(30-69) por DCNT em 2% ao ano*	315,5%	307,9% (2016)	Brasil
Redução da prevalência de tabagismo em 30%	14,1%	10,1% (2017) 14,5% (2013)	Capitais Brasil
Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%	73,4% 54%	78,5% (2017) 60 % (2013)	Capitais Brasil
Aumento Papanicolaou em mulheres de 25-64 de idade anos nos últimos três anos para 85%	82,2% 78%	82,8 % (2017) 79,4 % (2013)	Capitais Brasil
Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%	30,1%	37,0 % (2017) 22,5 % (2013)	Capitais Brasil
Contenção do crescimento da obesidade em adultos	15,1%	18,9 % (2017) 20,8 % (2013)	Capitais Brasil
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	19,5%	23,7% (2017)	Capitais Brasil
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	18,1%	19,1 % (2017)	Capitais Brasil

 Meta alcançada  Meta estável  Meta não alcançada

QUADRO 1. Metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT.

Observe que, dentre as metas estabelecidas, somente a da contenção do crescimento da obesidade **não** foi alcançada, o que ressalta nossa responsabilidade como gestores de saúde e representantes do controle social para a resolução desse problema!

Programa Academia da Saúde



Fonte: Academia de Saúde do SUS em Campo Maior, Piauí, de Academia de letras de CM, licenciado sob CC BY-SA 3.0 BR. Link de acesso: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Academia_de_sa%C3%BAde_so_SUS_em_CM.JPG

Criado em 2011, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população (BRASIL, 2020).

É instituído por meio da implantação de polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura apropriada, equipamentos e profissionais qualificados para a realização de ações de promoção da saúde e produção de cuidado (BRASIL, 2020).

22

Esse programa é atualmente regido pelas portarias nº. 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, e nº. 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013.

Guia Alimentar para a População Brasileira



Um dos resultados da PNAN e PNSAN é o Guia Alimentar para a População Brasileira, que configura-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional, e traz importantes contribuições para o protagonismo dos sujeitos em suas escolhas alimentares, o que impacta, por sua vez, na garantia do direito à saúde e ao DHAA.

Esse guia é uma atualização da publicação lançada em 2006, e tem como foco a redução da obesidade e o avanço das DCNT no país. Traz recomendações que priorizam o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, com regularidade de horários, ambientes apropriados e na companhia de outras pessoas (BRASIL, 2014).

Estamos chegando ao fim de mais um módulo deste curso. Discutimos, até agora, que a obesidade é um problema de saúde pública, resultante de determinantes de diversas

naturezas, incluindo componentes biológicos, comportamentais, ambientais, econômicos, sociais e culturais. Nesse contexto, o governo e a sociedade também são responsáveis pelo enfrentamento desse problema, devendo possibilitar condições favoráveis para a prevenção, controle e tratamento da obesidade por meio de políticas públicas que vão assegurar o direito à saúde e o direito à alimentação adequada.

Atividade do módulo 3:

E agora que você recordou as principais políticas que orientam as ações de enfrentamento da obesidade, como atividade do módulo 3, convidamos você a buscar no Plano Municipal de Saúde (PMS) do seu município as ações planejadas para tal finalidade.

Passo a passo da atividade 3:

1. No Plano Municipal da Saúde (PMS) do seu município, busque identificar, pelo menos, duas ações presentes planejadas para o enfrentamento da obesidade.
2. Preencha o quadro abaixo com as informações referentes ao objetivo de cada ação de enfrentamento da obesidade identificada no PMS.

Ação	Objetivos das ações para o enfrentamento da obesidade	Meta	Prazos

3. Caso não identifique no PMS ações para o enfrentamento da obesidade, planeje, pelo menos, duas ações a partir das leituras realizadas ao longo deste curso.

Faça o registro em seu Diário de Estudos.

Exemplo:

Ação	Objetivos das ações para o enfrentamento da obesidade	Meta	Prazos
Promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar	Ação 1: Ampliar as ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar. Obs: Pode ter mais de uma ação.	Ampliar em 20% o número de atividades de Educação Alimentar e Nutricionais nas escolas participantes do Programa Saúde na Escola.	Até dezembro de 2020.
Utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Ação 2: Ampliar a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no município	- Crianças: cobertura de 60% de crianças de 0-7 anos para marcadores antropométricos e consumo alimentar - Adolescentes e adultos: cobertura de 20% para marcadores antropométricos e de consumo alimentar - Idosos: cobertura de 10% para marcadores antropométricos e de consumo alimentar	Até dezembro de 2019.

Após o preenchimento do quadro, convidamos você a se reunir com a sua equipe de trabalho (responsáveis pela execução das ações) e discutir o andamento e/ou viabilidade dessas ações.

Referências

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vista a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006; 18 set, p.1, Seção 1.

Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_politicas_alimentacao_atencao_basica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia>. Acesso em 14 de dezembro de 2020.

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, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 07 de abril de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Brasília, DF: 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm. Acesso em 07 de abril de 2020.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

JAIME, P. C. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição: delimitação do campo e conceitos básicos. In: _____. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro: **Atheneu**, 2019. p. 1-10.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C.; JAIME, P. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6, p. 1799-1809, 2018.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. n. 42, p. 38-51, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

RAUBER, F.; JAIME, P. C. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade. In: Jaime P.C. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 123-132.

SECCHI, L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

Módulo 4: Gestão na Atenção Primária à Saúde com foco na promoção da saúde e na atenção nutricional: como ocorre seu financiamento?

Olá, você está iniciando agora o módulo 4 deste curso. Neste módulo, pretendemos abordar alguns aspectos sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus instrumentos de gestão e seus espaços de pactuação e gestão orçamentária e financeira do setor público, dando destaque aos fundos de financiamento das ações de alimentação e nutrição.

Além disso, iremos falar brevemente sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações voltadas para o enfrentamento da obesidade. Esperamos que esse conhecimento e os já adquiridos ao longo do curso se tornem subsídios para que você planeje ações efetivas e eficazes para a promoção, prevenção, tratamento e manejo da obesidade no seu município.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

Há 30 anos, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão brasileiro. E esse direito foi garantido por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e complementada pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, arcabouço legal do SUS.

Segundo a Lei nº. 8.080/90, o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, e, em caráter complementar, pelos serviços filantrópicos e privados contratualizados. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, e atua em todo o território nacional.

O SUS se orienta por alguns princípios e diretrizes estabelecidos no artigo 198, da Constituição Federal de 1988, e no artigo 7º, do Capítulo II, da Lei nº. 8.080/90. Cinco de seus princípios são: equidade, universalidade, integralidade, descentralização e controle social.

Você sabia?

Com a criação do SUS, o Brasil passou a ser o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal e gratuito!

O direito à saúde, na Constituição brasileira, é um dever do Estado. Porém, entende-se por Estado não apenas o governo federal, mas o Poder Público, composto pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Nesse sentido, a Lei nº. 8.080/90, em seu artigo 9º, e o inciso I, do artigo 198, da Constituição Federal, dispõem que a direção do SUS deve ser única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

- II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Saiba mais: Direito à Saúde

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, dispõe que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”* A inclusão deste direito na Constituinte foi uma conquista do povo brasileiro, resultado da luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema de saúde vigente na época.

A gestão do SUS

Quem são os gestores do SUS e quais suas funções?

- **Gestores do SUS:** são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).
- **Funções dos gestores do SUS:** são definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessárias para a implementação de políticas na área da saúde. Essas funções podem ser divididas em quatro grandes grupos (macrofunções): 1) formulação de políticas/planejamento; 2) financiamento; 3) regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e 4) prestação direta dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).
A legislação do SUS e suas diversas normas e portarias complementares orientam a definição e diferenciação do papel dos gestores da saúde nas três esferas do governo (BRASIL, 2003).

Convidamos você a ler essas competências apresentadas na Lei nº. 8.080/90 (Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), especialmente as relativas à direção municipal do SUS (artigo 18), e refletir se essas funções e atribuições vêm sendo exercidas pelos gestores do SUS no seu município.

Saiba mais: os gestores do SUS nas três esferas do governo

Você sabe por que, no Brasil, existem gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal? Isso acontece porque o Brasil é uma federação, constituída por essas três esferas de governo. A principal característica de um sistema político federativo é a difusão de poder e de autoridade em muitos centros, de modo que o governo nacional, estados e municípios têm poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e a mesma população. Atualmente, a federação brasileira é composta pela União, por 26 estados, pelo Distrito Federal e por 5.570 municípios (MACHADO et al., 2009).

Com o objetivo de concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social, o modelo institucional proposto para o SUS pressupõe uma articulação complexa entre a atuação dos (MACHADO et al., 2009):

- Gestores do SUS em cada esfera do governo;
- Instâncias de negociação e decisão, envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas: Comissão Intergestores Tripartite – CIT (no âmbito nacional) –, Comissões Intergestores Bipartites – CIB (no âmbito estadual) –, e as Comissões Intergestores Regionais – CIR (ou Comissões Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas – Cira);
- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems); e
- Conselhos de Saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal.

Saiba mais: Comissões Intergestores

- **Comissão Intergestores Tripartite (CIT):** é formada paritariamente por membros do Ministério da Saúde e dos estados, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e por membros dos municípios, indicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).
- **Comissão Intergestores Bipartite (CIB):** também é composta paritariamente por membros da Secretaria de Estado de Saúde, bem como por gestores municipais, indicados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado.
- **Comissões Intergestores Regionais (CIR) / Comissões Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas (Cira):** são compostas por representantes do estado e dos municípios integrantes da região de saúde específica.

(MACHADO et al., 2009)

Esse arranjo prevê uma série de instâncias de negociação e pactuação, envolvendo diferentes níveis de gestão do SUS e segmentos da sociedade, permitindo que diferentes atores atuem no processo decisório sobre a política de saúde (MACHADO et al., 2009).

Nesse sentido, as ações em saúde que serão discutidas e aprovadas nesses espaços devem estar previstas nos instrumentos de planejamento do SUS, com destaque ao Plano de Saúde, que falaremos a seguir.

Instrumentos de gestão do SUS

Uma das funções dos gestores do SUS, como apresentado anteriormente, é o *planejamento de políticas de saúde*. Para auxiliar nesse planejamento, dispomos de um conjunto de instrumentos de gestão que deve ser elaborado pelas três esferas governamentais. São eles: Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual

(LOA). Especificamente para o setor saúde, são utilizados os seguintes instrumentos (SES-SP, 2017):

- **Plano de Saúde (PS):** é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as ações no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos;
- **Programação Anual de Saúde (PAS):** operacionaliza as intenções expressas no PS e tem como propósito determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS;
- **Relatório Anual de Gestão (RAG):** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por meio desse instrumento, os gestores do SUS prestam contas das ações do PS operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior. O RAG deve ser enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Quando finalizado, é disponibilizado para acesso público no sistema.

Como gestor municipal e/ou representante do conselho municipal de saúde, é essencial que você conheça esses instrumentos de gestão do seu município para saber quais são as prioridades em saúde no seu município!

Importante!

Segundo a Nota Pedagógica - Planejamento e financiamento para a qualificação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde da Rede, “na gestão de determinada política de saúde, seja ela federal, estadual ou municipal, o ato de registrar as iniciativas, ações e programas elencados como prioritários nos instrumentos adequados (PS, PAS e RAG), constitui-se etapa essencial para o pleno desenvolvimento do ciclo de gestão no SUS. Com as ações de alimentação e nutrição planejadas pelas áreas técnicas/coordenações das Secretarias de Saúde não deve ser diferente. As metas a serem alcançadas e as ações a serem desenvolvidas ganham maior legitimidade quando pactuadas nas instâncias de gestão do SUS e quando compõem os compromissos assumidos para determinado período em prol da garantia de atenção integral à saúde da população de determinado território” (REDE NUTRI, 2014).

Financiamento

Você certamente já ouviu falar que um dos principais desafios para o funcionamento do SUS é o *subfinanciamento*. De fato, se gasta pouco no país com saúde e esse problema vem desde a criação do SUS.

Mas, você conhece como se dá o financiamento da saúde pública no Brasil?

A Constituição Brasileira, no artigo 198, e as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 estipulam que os fundos públicos para o financiamento da saúde devem vir das despesas federais, estaduais e municipais. Em 2000, a Emenda Constitucional nº. 29 definiu os percentuais mínimos de financiamento de ações e serviços públicos de saúde entre entes governamentais da seguinte forma:

- 15% das receitas anuais dos municípios;
- 12% das receitas anuais dos estados; e

- Participação federal de acordo com o crescimento do PIB (colocando em números, o gasto federal com saúde, em 2017, foi de 15% de sua receita líquida).

No entanto, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 95, que congela os gastos públicos com despesas primárias para os próximos 20 anos, tendo como base o montante de 2017, sendo os valores repassados ajustados apenas para a inflação (PIOLA et al., 2018). Essa emenda pode agravar ainda mais o cenário de subfinanciamento da saúde, comprovado por dados de 2018, que mostram que a União gastou apenas $\frac{2}{3}$ do valor que deveria aplicar na saúde no primeiro trimestre do ano. Municípios menores são os que mais sofrem com esse congelamento dos gastos, uma vez que a maior parte dos recursos da saúde desses municípios vem da participação federal.

Além dos recursos escassos para a saúde, outro grande desafio é a má aplicação do dinheiro público nessa área. Nesse sentido, devemos melhorar o planejamento e a execução dos recursos públicos, identificando prioridades e minimizando as desigualdades e iniquidades em saúde na população.

A portaria nº. 2.979, de 12 de novembro de 2019, trouxe algumas modificações em relação ao que consta na Política Nacional de Atenção Básica (2017) quanto ao financiamento federal para a Atenção Básica, por isso, é importante que vocês, gestor e conselheiro, vejam com cuidado essas atualizações. A referente portaria instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. O financiamento federal passa a ser constituído por (BRASIL, 2019):

I - Capacitação ponderada;

II - Pagamento por desempenho; e

III - Incentivo para ações estratégicas.

Em âmbito estadual e municipal, cada estado e município é livre para definir o formato de financiamento das ações de APS. No entanto, observa-se que o maior investimento é alocado em serviços de atenção secundária e terciária, restando pouco investimento na atenção primária.

Financiamento das ações de enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) com foco na promoção da saúde e na atenção nutricional

Os problemas de saúde das pessoas podem ser resolvidos de várias maneiras, desde antes da doença acontecer (com as ações de promoção da saúde), evitando que as mesmas aconteçam (prevenção), até o tratamento da pessoa doente e, depois, na manutenção da saúde ou da recuperação dos danos que a doença provocou. Em toda a Rede de Atenção à Saúde, essas ações devem acontecer, no entanto, é na APS o espaço ideal para a realização delas.

Para a realização das ações de promoção de saúde e prevenção da obesidade por meio da atenção nutricional na APS, os estados e municípios dispõem de alguns recursos financeiros que podem ser utilizados. Abaixo, apresentaremos as duas principais fontes de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, que são o Financiamento da Alimentação e Nutrição (FAN), e o Incentivo Financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Financiamento da Alimentação e Nutrição (FAN):

Desde 2006, o Ministério da Saúde realiza repasse financeiro aos estados e municípios a fim de apoiar a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (apresentada no módulo 3 deste curso). Caracteriza-se por recurso de custeio, fundo a fundo por meio do bloco de financiamento de Gestão do SUS e componente de Implantação de ações e serviços de saúde, com periodicidade de repasse anual, cujos valores são relativos ao porte populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; REDE NUTRI, 2014a).

Esse recurso destina-se, prioritariamente, à organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial, no âmbito da atenção primária, além de apoiar na estruturação e qualificação das ações de alimentação e nutrição no SUS. Tem como diretrizes prioritárias:

- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- Vigilância alimentar e nutricional;
- Prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e Beribéri; e
- Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

Atenção!

A portaria nº. 1.738/2013 esclarece que o FAN é um incentivo exclusivamente de custeio, por isso, não é permitida a utilização deste para outras finalidades, tais como despesas que se relacionem a despesas de capital, como materiais e equipamentos permanentes. Além disso, é vedada sua utilização para aquisição de materiais para tratamento de doenças ou reabilitação de pacientes, aquisição de alimentos, suplementos alimentares e fórmulas alimentares de vitaminas ou minerais, por exemplo.

Exemplos de despesas de custeio: material de consumo (papéis, canetas, tintas para impressora, periféricos de computador, como mouse e teclado, combustível, entre outros), contratação de serviços de terceiros, como serviços gráficos, e aluguel de instalações para o desenvolvimento de capacitações e oficinas, desde que não sejam contratados servidores que tenham vínculo com a administração pública de qualquer esfera do governo.

(REDENUTRI, 2014a)

IMPORTANTE: PARA FICAR POR DENTRO DA UTILIZAÇÃO DO FAN LEIA

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1238/o/INSTRUTIVO_FAN_2020.pdf
file:///C:/Users/Ida/AppData/Local/Temp/FAN-resumido_2020.pdf

É importante que a gestão municipal identifique quais repasses já foram realizados e qual o valor dos recursos disponíveis no Fundo Municipal de Saúde para que se possa usufruir desse recurso. As informações sobre os recursos repassados ao município podem ser obtidas em: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>.

Incentivo Financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN):

Outro recurso que pode ser utilizado para as ações de promoção da saúde e enfrentamento da obesidade na APS é o Incentivo Financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Esse incentivo tem como objetivo ampliar e qualificar as ações de VAN e promover condições adequadas para o diagnóstico nutricional, parte importante para o planejamento de ações voltadas para o enfrentamento da obesidade.

O Ministério da Saúde instituiu esse incentivo financeiro em 2011, para aquisição de equipamentos antropométricos (balanças, antropômetros) por meio da portaria nº. 2.975, de 14 de dezembro de 2011

(http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2975_14_12_2011.html).

Esse incentivo é repassado em parcela única anual por meio do bloco de financiamento de Investimento e do componente de Implantação de ações e serviços de saúde para contemplar:

- Polos do Programa Academia da Saúde já construídos e em funcionamento (R\$ 1.500,00 a cada polo);
- Unidades Básicas de Saúde dos municípios com equipe de Atenção Básica, com adesão ao PMAQ (R\$ 3.000,00 por UBS), a partir do estrato 1, em seguida do estrato 2 e, assim, sucessivamente, até atingir o limite de recurso orçamentário disponível em cada ano.

Assim como o recurso do FAN, o valor repassado para o município do incentivo financeiro da VAN pode ser obtido em: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>.

Caso didático

Para você colocar em prática como se utiliza esses recursos, te convidamos a ler e analisar um caso técnico denominado "Planejamento e Financiamento para a Qualificação das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde", elaborado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde (Link: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=casoteca_financeiamento) com algumas adaptações (REDENUTRI, 2014b).

31

Esse caso mostra o percurso de superação das dificuldades vivenciadas dentro da própria Secretaria de Saúde de um município fictício para o uso do FAN, evidenciando a necessidade de os gestores e trabalhadores do SUS conhecerem como funcionam os processos de uso de recurso público, de articulação para inserção das ações de alimentação e nutrição no PPA e plano municipal de saúde, bem como a importância do investimento na qualificação da força de trabalho e no diálogo intrasetorial.

Vamos lá?

Introdução

O município Y tem uma população de aproximadamente 3 milhões de habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde está organizada em dez subsecretarias, dentre elas a Subsecretaria de Atenção à Saúde, onde está localizada a Coordenação de Nutrição. Atualmente, a coordenação prioriza quatro grandes áreas de atuação: a Nutrição na Atenção Básica à Saúde; a Nutrição Clínica; a Nutrição Enteral e Atenção Domiciliar, e a Fiscalização da produção de refeições para os hospitais do município.

As ações de alimentação e nutrição estão previstas tanto no Plano Plurianual do município, quanto no Plano Municipal de Saúde, contando com uma dotação orçamentária de aproximadamente 30 milhões por ano. *"Temos um orçamento bastante razoável, maior do que muitas diretorias"*, disse uma das gestoras responsáveis pela área técnica. Apesar do contexto orçamentário favorável, durante uma reunião de planejamento, a equipe da Coordenação de Nutrição manifestou preocupação com os recursos financeiros disponíveis para atender às demandas da Atenção Básica.

O desafio

Os Núcleos de Nutrição e Dietética de todos os hospitais do município estão subordinados à Coordenação de Nutrição. Como consequência, apesar do volume considerável do orçamento para as ações de alimentação e nutrição no SUS, grande parte dele é utilizado para fins específicos, como o fornecimento de refeições para os hospitais e de Fórmulas de Terapia Nutricional Enteral. O município possui, ao todo, dezessete hospitais que compõem a rede pública de atendimento, onde as refeições são fornecidas para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde em plantão. Também são adquiridas as fórmulas enterais disponibilizadas a pacientes hospitalizados e em tratamento domiciliar. Considerando que a Nutrição na Atenção Básica à Saúde é uma das prioridades de trabalho da Coordenação de Nutrição do município Y, era necessário pensar em alternativas para ampliar o financiamento das ações e aproveitar melhor as oportunidades já existentes.

O incentivo financeiro para estruturação e implementação das ações de alimentação e Nutrição (FAN)

O incentivo financeiro para estruturação e implementação de Ações de Alimentação e Nutrição, ou simplesmente FAN, como é conhecido pelos gestores e profissionais da área, é um incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, desde 2006, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos grandes municípios brasileiros para apoiar a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a qualificação das ações correspondentes. O primeiro repasse do FAN para o município Y ocorreu ainda no ano de 2007, para ser utilizado durante o ano de 2008. Desde então, a área técnica viu no FAN uma enorme potencialidade para atender a algumas demandas de alimentação e nutrição na Atenção Básica, para as quais não havia orçamento disponível. *“Na verdade, desse orçamento todo que a nutrição tem dentro da Secretaria de Saúde, o único recurso que é realmente para qualificar as ações na Atenção Básica é o recurso do FAN, o restante está pagando as empresas que fornecem as fórmulas e refeições para os hospitais”*. Mas, utilizar efetivamente tal recurso não seria tarefa simples. Fazia-se necessário vencer algumas dificuldades administrativas e operacionais dentro da própria Secretaria de Saúde. A gestora explicou o que ocorria: *“o FAN tem sido suficiente quando conseguimos gastar. O que limita o uso do recurso é justamente aquilo que não tem nada a ver com a nutrição, que são os trâmites administrativos para conseguir gastar o valor transferido pelo Ministério da Saúde”*. Um exemplo dessa dificuldade foi um projeto básico que a Coordenação de Nutrição elaborou para utilização do FAN, em 2010, e que permaneceu em tramitação no Setor de Licitações e Contratos, da Secretaria de Saúde, durante um longo período.

Como funciona a utilização de recursos públicos?

As aquisições de bens e contratações de serviços para toda a Secretaria de Saúde do município Y, e para todo o Poder Público, ocorrem por meio de processos de licitação. Esse processo é iniciado com a elaboração do Projeto Básico (ou Termo de Referência), pela unidade técnica responsável, no caso, a Coordenação de Nutrição, e com o encaminhamento ao Setor de Licitações e Contratos, ligado à Subsecretaria de Administração, Planejamento e Controle. O projeto básico apresentado pela Coordenação de Nutrição previa a confecção de cartilhas e folhetos informativos para apoiar as atividades de orientação nutricional, promoção da saúde e prevenção de doenças. Previa, ainda, o desenvolvimento de materiais pedagógicos (réplicas de alimentos, porções, utensílios, entre outros) e de papelaria para subsidiar atividades de formação e qualificação de profissionais. Sobre o projeto, esclareceu uma técnica da Coordenação de Nutrição: *“fizemos um projeto básico, com todas as informações que julgamos necessárias, e ele foi para a área de licitações e contratos da Secretaria. O projeto ficou parado lá por muito tempo. Ele andava, aí voltava, mudava uma vírgula, voltava para mudar um parágrafo que não estava no formato certo”*. Além das dificuldades enfrentadas pela área quanto à adequação do projeto básico às regras de forma e de conteúdo estabelecidas pelo Setor de Licitações e Contratos da Secretaria de Saúde,

havia uma dificuldade adicional: a enorme quantidade de processos licitatórios acompanhados por esse setor, o que, comumente, gerava atrasos na tramitação dos mesmos.

O que provocava essa situação?

Como ocorre em muitas cidades brasileiras, a falta de recursos humanos é uma realidade no Setor Público. No município Y, não é diferente. A Área de Licitações e Contratos da Secretaria de Saúde possui um grande volume de processos licitatórios em tramitação e um número insuficiente de profissionais para dar andamento ágil aos procedimentos administrativos.

“Dentro das prioridades, sempre têm as urgências entrando na frente na fila, como medicamento, seringa e outros insumos. Não tem gente suficiente na área e eu, como Coordenação de Nutrição, não posso chamar a empresa e contratar o serviço diretamente”, argumentou a técnica.

Como resultado desse contexto, em 2011, a área técnica de Nutrição do município Y conseguiu utilizar apenas 2% dos recursos do FAN. Sobre o assunto, afirmou a gestora responsável: *“a sensação que me dava era que o FAN era como aquela herança que não se pode gastar. A fortuna existe, mas eu não consigo usar”*. Se, de fato, muitas forem as dificuldades enfrentadas para a utilização do FAN, é correto afirmar que elas, mais do que obstáculos, constituíram-se importantes processos de aprendizado, viabilizando o aperfeiçoamento das práticas de gestão.

As lições aprendidas

Em 2012, a Coordenação de Nutrição do município Y deu um salto em relação à utilização dos recursos do FAN: 37% do valor transferido pelo Ministério da Saúde foi efetivamente gasto. A equipe festejou: *“foi fantástico, nós estamos nas nuvens”*.

Confira, a seguir, alguns elementos que possibilitaram esse avanço:

- Qualificação dos profissionais da Coordenação de Nutrição para a compreensão dos conceitos, técnicas, princípios e fundamentos legais do orçamento público, além de noções de despesa e receita orçamentária;
- Inclusão das ações de alimentação e nutrição no Plano Municipal de Saúde e na PAS;
- Realização de duas oficinas, com duração de 2 horas cada, com técnicos do Setor de Licitação e Contratos da Secretaria de Saúde sobre os princípios e regras dos processos licitatórios, bem como sobre os critérios para elaboração de projetos básicos (Termos de Referências);
- Monitoramento periódico da tramitação dos processos licitatórios solicitados pela Coordenação de Nutrição, mediante o fortalecimento da interlocução com os técnicos do setor responsável;
- Fortalecimento do diálogo da Coordenação de Nutrição com o Subsecretário de Atenção à Saúde e gestores das outras áreas, tendo em vista dar maior visibilidade para a agenda da atenção nutricional e suas prioridades de ação, em especial no nível da Atenção Básica.

Tais estratégias, construídas coletivamente pela equipe da área técnica de Nutrição, não demoraram a mostrar bons resultados. Gradualmente, as dificuldades têm sido superadas. Em pouco mais de um ano, a Coordenação de Nutrição observou um aumento significativo do percentual de utilização do FAN – de 2% para 37%. Essa conquista deu novo estímulo à equipe e impulsionou as iniciativas de qualificação da atenção nutricional na Atenção Básica.

Então, você percebeu que é possível desenvolver diferentes ações no enfrentamento da obesidade com os recursos da área de alimentação e nutrição do seu município?

Atividade do módulo 4:

Para o processo de avaliação do módulo 3, convidamos você a buscar as seguintes informações dentro da Secretaria Municipal de Saúde do seu município sobre o financiamento das ações de alimentação e nutrição:

1. Existe algum responsável técnico pelas ações de alimentação e nutrição no seu município?

() Sim () Não

2. Se sim, em qual departamento essa pessoa está inserida?

() Coordenação da Vigilância em Saúde

() Coordenação da Atenção Básica

() Outro. Qual? _____

3. Se não, quem é o responsável por administrar o recurso do FAN e do Incentivo do VAN no seu município?

4. Caso seu município receba o incentivo financeiro do Ministério da Saúde (FAN), qual é o valor recebido e como ele é utilizado?

5. Qual a sua avaliação sobre o uso do FAN em seu município? Ele realmente tem contribuído para a estruturação e qualificação de ações de alimentação e nutrição na APS?

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. [Constituição (1998)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 24 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo sobre o incentivo financeiro das ações de alimentação e nutrição (FAN)**. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1238/o/INSTRUTIVO_FAN_2020.pdf. Acesso em: 10 dez 2020.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD /Ensp, 2009. p. 49-74.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (RedeNutri). **Nota Pedagógica: Planejamento e financiamento para a qualificação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde**. 2014a. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=casoteca_financiamento. Acesso em: 24 jun. 2020.

Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde (RedeNutri). **Caso didático: Planejamento e financiamento para a qualificação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde**. 2014b. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=casoteca_financiamento. Acesso em: 24 jun. 2020.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Coordenadoria de Planejamento de Saúde, Coordenadoria de Regiões de Saúde. **Instrumentos de Planejamento de Saúde**. São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/instrumentos_de_planejamento.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

Módulo5: Liderança e construção da *advocacy* para o fortalecimento da promoção da saúde e da atenção nutricional no SUS, e participação e controle social no fortalecimento da PNAN, PNAB e da PNPS em âmbito municipal

Olá, cursista! Parabéns, você já passou da metade do curso! Para tomar este módulo mais didático, ele está dividido em duas partes.

- **Parte 1:** liderança e construção da *advocacy* para o fortalecimento da promoção da saúde e da atenção nutricional no SUS;
- **Parte 2:** participação e controle social no fortalecimento da PNAN, PNAB e na PNPS em âmbito municipal.

Liderança e construção da *advocacy* para o fortalecimento da promoção da saúde e da atenção nutricional no SUS

Parte 1

Agora, iremos abordar características importantes de um gestor, como liderança, utilização de estratégias de *advocacy* e manejo de conflito de interesse, para promover a agenda da promoção da saúde no seu município. Para trabalhar esses conceitos, utilizaremos um estudo de caso que retrata o cotidiano de um gestor municipal no planejamento de uma ação de promoção da saúde no seu município.

35

Feira da Saúde

O município X é um município de pequeno porte, que tem uma população de aproximadamente 80.000 habitantes. A coordenação das ações de alimentação e nutrição desse município recebeu, no ano de 2018, um incentivo financeiro para estruturação e implementação de suas atividades. Esse recurso, conhecido como FAN, foi no valor de R\$ 5.000,00, e era destinado à realização de uma ação de promoção da saúde no município.

"Ficamos muito felizes com a liberação desse recurso, e já temos tudo planejado para a realização da Feira da Saúde na praça central da cidade", disse, animada, uma das gestoras responsáveis pela área técnica de nutrição na época da liberação do recurso.

A ideia de realização da Feira da Saúde veio da Coordenação de Alimentação e Nutrição do município que, por meio da observação de indicadores de saúde e nutrição da população, identificou que mais da metade dos moradores da cidade estavam com excesso de peso, eram sedentários e já apresentavam, pelo menos, uma doença crônica, como hipertensão, diabetes ou câncer. Então, com o recurso do FAN em mãos, a equipe de Nutrição planejou a Feira da Saúde, para ser realizada no Dia Mundial da Saúde, dia 7 de abril, na praça central da cidade, no período das 8h às 18h. Em cada "barraca" da Feira, seriam trabalhadas ações de promoção da saúde, com foco na prevenção e no controle do peso corporal, prevenção do diabetes, promoção da alimentação saudável e estímulo à prática de atividade física. Tanto os profissionais das cinco Equipes da Estratégia Saúde da Família do município, quanto os

profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram convidados a participar da organização desse evento.

A coordenadora da área de Alimentação e Nutrição agendou um horário para falar com o Secretário Municipal de Saúde sobre a atividade. O Secretário gostou muito da ideia e imediatamente entrou em contato com a rádio da cidade para fazer a divulgação do evento e convidar a população para participar: *"A divulgação da Feira é parte fundamental do processo!"*, disse o Secretário.

Com parte do recurso do FAN, a coordenação de nutrição conseguiu alugar um carro de som para divulgar a Feira da Saúde pelas ruas da cidade, além de imprimir alguns convites que deveriam ser entregues pelos Agentes Comunitários da Saúde em cada visita domiciliar. Com outra parte do recurso, essa coordenação alugou tendas, mesas e cadeiras e toda a estrutura física necessária para a atividade.

No planejamento da Feira da Saúde, estava previsto a compra de um lanche para ser oferecido a quem fosse ao evento. Todo o recurso do FAN já tinha sido gasto, mas a Secretaria de Saúde liberou uma verba para a compra do lanche. Era um valor muito pequeno, insuficiente para a compra dos alimentos para todos que participassem da Feira. *"Precisamos de um lugar que nos dê um bom desconto!"*, disse uma das organizadoras.

Ao discutir sobre esse assunto com o Secretário de Saúde do município, este pediu para uma das organizadoras do evento entrar em contato com um amigo próximo, de grande influência política na cidade, que era dono de uma grande fábrica de biscoitos recheados e sucos artificiais em pó. *"Certamente, meu amigo pode fazer um orçamento 'camarada'"*, pensou o Secretário. De fato, com a verba disponível, era possível comprar 400 kits de lanche para o evento, compostos por 1 pacote de biscoito recheado e 1 suco de caixinha, que daria para todos que participassem do evento. Além disso, esse amigo ofereceu um voucher, que poderia ser sorteado no valor de R\$ 150,00 para a compra de qualquer produto de sua loja como "brinde" nesse evento.

Imediatamente, as técnicas da área da alimentação e nutrição não concordaram com a proposta, por se tratar de alimentos ultraprocessados: *"Como é possível, em uma Feira da Saúde, oferecer biscoito para as pessoas?"*, ressaltou uma das nutricionistas. Porém, outros profissionais da organização do evento gostaram da ideia pelo baixo custo (poderiam oferecer o lanche para todos) e, principalmente, pelo "brinde" que eles poderiam sortear aos participantes. *"Não temos outra opção, ou é a bolacha ou é nada!"*, destacaram eles. Ao levar essa situação para o Secretário de Saúde, ele não sabia o que fazer. Havia entendido o ponto de vista das nutricionistas, mas achava que comprar os lanches do seu amigo não seria um grande problema e, quem sabe, poderia receber apoio político dele em uma futura candidatura...

O final dessa história, você decide! Se você fosse o Secretário de Saúde desse município, o que faria diante dessa situação? Concordaria com a compra dos kits dos lanches que estavam dentro do orçamento disponível ou tomaria outra decisão?

Competências de um gestor em saúde

Um bom gestor em saúde precisa ter algumas competências para alcançar êxito em seu trabalho. O conceito de competência, tanto no meio acadêmico, como no profissional, é um tema muito debatido, pela própria necessidade de se ter gestores que desempenhem o papel de protagonistas no fazer saúde (SILVA; ROQUETE, 2013). Iremos discutir brevemente algumas características que um gestor em saúde deve ter para desempenhar sua função de maneira eficaz e ética.

Liderança como competência da gestão

Liderança pode ser entendida como a capacidade de fazer acontecer um planejamento ou uma habilidade necessária para orientar a direção que as pessoas da sua organização devem seguir, dando sustentação e consistência em todo o processo de trabalho. Alguns estudiosos dizem que alguns seres humanos já nascem líderes e outros, para serem liderados. Outros já acreditam que alguns indivíduos têm determinadas características ou traços de personalidade que lhes permitem ser melhores líderes que outros. De fato, não podemos negar que existem indivíduos que, desde pequenos, já demonstram grande capacidade de liderar pessoas, mas, hoje, se tem discutido que a liderança é uma competência que pode ser formada por meio do desenvolvimento de habilidades específicas que têm o potencial que alcançar grandes resultados (CHANES, 2006).

Nesse sentido, o gestor de serviços de saúde, enquanto líder, necessita saber trabalhar com sua equipe de maneira a ampliar os conhecimentos e as habilidades do grupo, além de desenvolver a capacidade de lidar com as adversidades, os conflitos e as instabilidades no dia a dia de seu trabalho (SILVA; ROQUETE, 2013). Precisa ter uma comunicação aberta e clara, expondo de forma simples seus objetivos e metas, ter um bom relacionamento interpessoal com toda a equipe de trabalho e buscar se qualificar constantemente, identificando quais são suas habilidades técnicas, emocionais e comportamentais que precisam ser melhoradas (CHANES, 2006).

Advocacy como competência da gestão

Outra competência que um gestor em saúde deve ter é a de utilizar estratégias de *advocacy* para promover uma agenda de prioridades em saúde em âmbito local. Mas, você sabe o que é *advocacy*?

Podemos conceituar *advocacy* como sendo um conjunto de ações que envolve o planejamento e a realização de ações para a promoção e defesa de uma causa, uma ideia ou uma proposta de interesse público, com o objetivo de influenciar os poderes Legislativo, Executivo, Judiciário e a sociedade na elaboração, aprovação e execução de políticas públicas. Segundo a ACT Promoção da Saúde, "essa prática busca uma democracia justa e representativa, fortalecendo a participação de diferentes atores sociais nos debates de interesse público" (ACT Promoção da Saúde, 2019).

Apesar de qualquer pessoa ou instituição ter legitimidade para fazer *advocacy*, é fundamental que um gestor em saúde utilize dessa estratégia para promover a agenda de saúde do seu município, por meio de ações de conscientização e mobilização de sua equipe e formadores de opinião para o alcance das metas e resultados desejados (ACT, 2019).

É importante ressaltar que o gestor em saúde deve fazer o *advocacy* para o interesse público, ou seja, beneficiando o coletivo, toda a população, e não o interesse particular de um único setor. Colocar em prática a *advocacy* exige do gestor do SUS uma articulação em cada esfera de governo, nas diferentes instâncias de negociações (nacional, estadual, regional, municipal), nos diferentes conselhos de saúde e segmentos da sociedade civil, com o objetivo de alcançar uma transformação social.

A comunicação em saúde para promoção da agenda e mobilização

A **comunicação em saúde** é definida por Schiavo (2007) como "uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que por fim melhorará os resultados de saúde" (LOPES, 2009).

Essa prática é, portanto, uma técnica de gestão que fornece instrumentos possibilitadores da mobilização social, da difusão de informação e da motivação para a adoção de comportamentos saudáveis, visando a promoção da saúde.

Destaca-se, nesse campo, a comunicação midiática, ou seja, aquela feita na mídia, que é profundamente responsável por forjar nossa forma de perceber o mundo e de nos relacionarmos com o cotidiano. Os gestores em saúde têm, portanto, na televisão, jornais, internet, etc., um importante e efetivo canal de divulgação de ações, eventos e orientações em saúde, que tem o potencial de informar e influenciar os indivíduos e a comunidade (OLIVEIRA, 2000).

Manejo dos conflitos de interesse e questões éticas

Por fim, queremos abordar sobre o conflito de interesses na gestão em saúde. Segundo a Lei nº. 12.813, de 16 de maio de 2013, conflito de interesse é a “situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que pode comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública” (BRASIL, 2013).

Esse tipo de conflito não se resume a situações que envolvem somente aspectos econômicos, mas também àquelas em que aspectos de ordem pessoal ou financeira podem comprometer o julgamento ou a decisão de um profissional em suas atividades administrativas, gerenciais, de ensino, de pesquisa e outras (SAMARA, 2010). Um exemplo seria um gestor de saúde que, mesmo sabendo que o medicamento B não é tão bom quanto o A, opta por adquirir o medicamento B, porque a indústria deste medicamento ofereceu ao gestor um tipo de prestígio profissional, reconhecimento ou, até mesmo, o pagamento de auxílios para congressos e viagens.

Outro exemplo de conflito de interesses na gestão pública em saúde é a indicação de pessoas para determinados cargos. Configura-se conflito de interesses a indicação, pelo Governo Federal, de alguém ligado às operadoras de planos e seguros de saúde para um cargo de direção na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso poderia ferir a independência nas decisões técnicas do órgão, que é controlador e fiscalizador das atividades dos planos e seguros de saúde privados (RIOS; MORAES, 2013).

É importante que os gestores, e todos os interessados no setor da saúde, sejam íntegros em sua conduta, se atentando para não se deixarem cercar por interesses próprios (busca de prestígio profissional, interesses políticos, financeiros, etc.). Precisam estar seguros diante de situações controversas, de forma a não hesitar quanto à eticidade nas relações que envolvem a saúde, e manter a independência e transparência das suas decisões. Primar pela saúde e qualidade de vida das pessoas é um compromisso dos gestores e deve ser feito com muita responsabilidade e integridade (RIOS; MORAES, 2013).

Atividade do módulo 5:

1. Leia novamente o estudo de caso apresentado no início do módulo 5 e tente identificar algumas características ou atitudes dos gestores de saúde que foram tratadas durante a teorização do módulo.
2. Na sua opinião, qual é a principal característica que um gestor em saúde deve ter? Por quê?
3. Você se considera um bom gestor em saúde? Por quê?

Referências

Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) Promoção da Saúde. **Advocacy**. [internet]. Disponível em: <http://actbr.org.br/advocacy>. Acesso em: 10 set. 2019.

Aliança de Controle do Tabagismo (ACT). **Fatos em destaque.** [internet]. Disponível em: http://www.act.org.br/uploads/arquivo/837_FS_Advocacy.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.813 de 16 de maio de 2013.** Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego; e revoga dispositivos da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, e das Medidas Provisórias nºs 2.216-37, de 31 de agosto de 2001, e 2.225-45, de 4 de setembro de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12813.htm. Acesso em: 11 set. 2019.

CHANES, M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 326-331, 2006.

LOPES, M. H. B. M. Resenha do livro: Health Communication: from theory to practice. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 76-78, 2009.

OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000.

RIOS, L. E.; MORAES, V. A. Uma abordagem ética do conflito de interesses na área de saúde. **Revista BioEthikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 7, n. 4, p. 398-403, 2013.

SAMARA, A. M. Aspectos éticos das publicações médicas: Ensaio clínico sobre biológicos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 217-20, 2010.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 58, p. 2-12, 2013.

Participação e controle social no fortalecimento da PNAN, PNAB e da PNPS em âmbito municipal

Parte 2

Já avançamos bastante no curso! Agora, abordaremos sobre o papel da participação e do controle social no fortalecimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da obesidade.

O que é participação popular e controle social?

Como gestor, você certamente já ouviu falar em participação popular (ou participação social, comunitária) e controle social. Mas, você sabe o que esses termos significam? Qual é a diferença entre eles?

Tanto a participação popular, como o controle social são direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 que garantem que a população, por meio de suas entidades representativas, atuem na elaboração, fiscalização e acompanhamento das políticas públicas (ROLIM et al, 2013). Mas, apesar de estarem relacionados, esses dois conceitos apresentam diferenças entre si:

- **Participação popular:** os cidadãos contribuem para a construção das políticas de saúde, apresentando suas necessidades e sugerindo medidas de solução aos governantes;
- **Controle social:** os cidadãos fiscalizam a ação do Estado, exigindo que o governo preste contas sobre o uso dos recursos públicos. A população verifica, assim, se o poder público está, de fato, atendendo às demandas da sociedade.

Esse direito de participação da população brasileira na elaboração, fiscalização e acompanhamento das políticas públicas é algo recente, cuja ideia veio dos movimentos sociais ocorridos durante a década de 80, que buscavam um Estado democrático. E a nossa Constituição Federal de 1988 coroou esse processo, dando importância à participação da sociedade na vida do Estado ao instituir vários espaços nas esferas públicas de âmbitos federal e local, onde os atores sociais poderiam influenciar na definição e execução das políticas públicas. O próprio SUS, ao ser criado em 1990, já incluiu entre seus princípios e diretrizes a participação da comunidade, dada a importância das instâncias populares na elaboração, fiscalização e controle das ações do Estado (MACHADO, 2009; ROLIM et al, 2013).

A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no seu artigo 1º. A partir desse marco legal, foram estabelecidos os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício da participação popular e do controle social no SUS. É importante destacar que as conferências de saúde já existiam antes da publicação da lei, mas foram regulamentadas por ela.

Conselhos e Conferências de Saúde

Segundo a Lei nº. 8.142/90, o SUS conta, em cada esfera de governo (nacional, estadual e municipal), com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

- **Conferências de Saúde:** reunir-se-á, a cada 4 anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990). Essas conferências se constituem como um espaço de discussão das políticas de saúde em todas as esferas de governo. É nesse momento que se realiza a avaliação e proposição de mudanças ou novas políticas, e de programas de saúde para o país (BRASIL, 2013). Cada município deve realizar a conferência de saúde, em que serão eleitos os representantes para participar da conferência estadual e os representantes que participarão da Conferência Nacional de Saúde. Em 2019, foi realizada a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema "Democracia e Saúde". Antes dessa conferência nacional, realizada em agosto de 2019, tivemos as Conferências Municipais de Saúde (realizadas entre janeiro e abril de 2019) e as Conferências Estaduais de Saúde (realizadas entre abril e junho de 2019).

Fotos da 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em agosto de 2019. (Disponível em:

<https://www.flickr.com/photos/conselhonacionalsaude/albums/72157710420421182>



Para saber mais...

Saiba mais sobre as propostas e diretrizes aprovadas nas Conferências Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, que foram consolidadas no Relatório Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º+8), que está disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/718-conheca-o-relatorio-nacional-consolidado-da-16-conferencia-nacional-de-saude-8-8>

<https://drive.google.com/file/d/1UgPXWxBaV881YOWMo4GI5etckIVBFUAS/view>

- **Conselhos de Saúde:** em caráter permanente e deliberativo (isto é, tomam decisões nos assuntos da saúde), é o órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990). Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e estrutura que dê suporte ao seu funcionamento. Existe um conselho nacional, conselhos estaduais e conselhos municipais (BRASIL, 2013).

Os **Conselhos Municipais de Saúde** (CMS) propõem e acompanham as ações relativas à saúde local, além de controlarem e fiscalizarem o bom uso dos recursos, democratizando as decisões!

A distribuição dos representantes dos conselhos de saúde é reafirmada pela Resolução nº. 453, de 10 de maio de 2012, que traz (BRASIL, 2012):

41

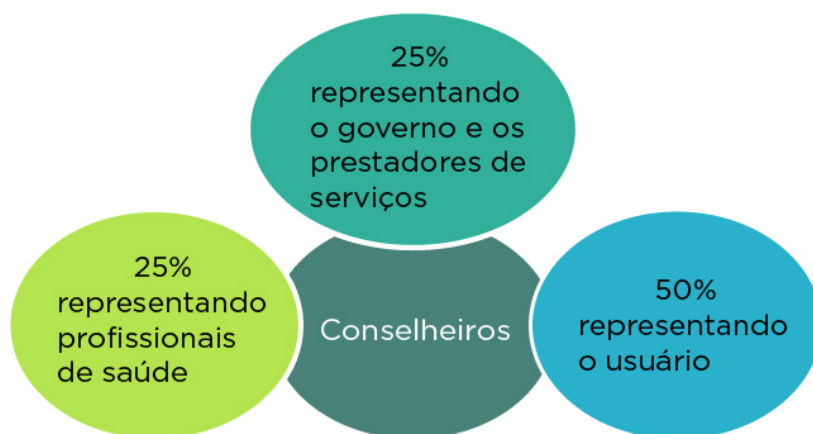


Figura 1. Vagas destinadas aos representantes dos conselhos de saúde.

É importante ressaltar que é **obrigação legal dos gestores** a realização de reuniões ordinárias do CMS todos os meses. Nessas reuniões, deve-se discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, e programas e ações que serão implementados no município (CONASEMS, 2014). Os gestores devem apoiar e incentivar a realização das reuniões do CMS, sem coerção, lembrando sempre que é direito da população participar da gestão do SUS!

Outros conselhos locais

As conferências e conselhos de saúde não são os únicos espaços onde a população tem voz. Em alguns municípios, existem conselhos em cada Unidade de Saúde, que são chamados de "Comissões Gestoras" ou "Conselhos Gestores de Unidade" (CONASEMS, 2009). Além disso, existem outros conselhos locais de saúde (que possibilitam a proximidade entre a comunidade, os serviços de saúde e as demais organizações do bairro) e conselhos de saúde distritais (que cuidam de uma região ou de um distrito sanitário com uma ou mais unidades de saúde, e uma ou mais comunidades, que guardam, entre si, identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica) (BRASIL, 2013).

No entanto, vale a pena destacar que esses conselhos não podem deliberar concorrentemente ao CMS, ou seja, não podem ir contra as portarias, normas ou notas técnicas aprovadas pelo CMS.

O papel da participação e do controle social na elaboração das ações de enfrentamento da obesidade

Como vimos até o momento, a participação e o controle social são essenciais na formulação, implementação e no controle das políticas e ações de saúde. E para o enfrentamento da obesidade, não podemos deixar de pensar no papel das instâncias de participação popular e controle social no fortalecimento das políticas públicas voltadas para a solução desse problema: Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), apresentadas e discutidas no módulo 3 deste curso.

Os conselheiros de saúde devem, portanto, conhecer as políticas voltadas para o enfrentamento da obesidade para, então, propor, discutir e definir ações e estratégias direcionadas ao enfrentamento desse problema, algo que vá ao encontro com as demandas e necessidades das pessoas ou da instituição que representa. Além disso, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

Construção de redes, parcerias com a sociedade civil e poderes locais para a proposição de ações de enfrentamento da obesidade

Para que os conselheiros e os gestores em saúde consigam, então, propor ações efetivas para o enfrentamento da obesidade, é necessário que atuem na construção de redes e nas parcerias com a sociedade civil e os poderes locais. Pois, para uma atuação mais efetiva, precisa-se da mobilização e do apoio de toda a sociedade para pensar e executar, em conjunto, ações e estratégias viáveis, efetivas e sustentáveis para o controle dessa condição.

42

Em suma, o gestor em saúde não precisa e nem deve atuar sozinho. A comunidade, por meio de suas instâncias representativas e grupos sociais organizados, deve também desempenhar seu papel no planejamento, implementação e controle das políticas e ações de saúde. E nada melhor do que ter a participação desses sujeitos na elaboração dessas estratégias, por serem os principais beneficiários e os conhecedores de suas demandas e necessidades em saúde.

Agora que você recordou o papel da participação e do controle social na gestão das políticas públicas, convidamos você a refletir sobre o seguinte questionamento: “Como você acha que seria a sociedade brasileira sem a participação social?”.

Em seguida, como atividade da parte 2 do módulo 5, convidamos você a refletir e responder às questões abaixo sobre a participação popular e o controle social no seu município:

Atividade 2 do módulo 5:

Pedimos que você reflita e responda às questões abaixo sobre a participação popular e o controle social no seu município:

1. Como está a participação social em seu município? As reuniões do Conselho Municipal de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde estão acontecendo?
2. Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde ou Conferência Municipal de Saúde do seu município? Se sim, como foi sua experiência?
3. Como você pode sensibilizar a participação e o controle social do seu município no enfrentamento da obesidade?

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 17 set. 2019.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013-2016**. Brasília: 2014. Disponível em: <https://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal**. Brasília: 2009. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/PARTICIPACAO_SOCIAL_NO_SUS_O_OLHA_DA_GESTAO_MUNICIPAL. Acesso em: 17 set. 2019.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde . **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD /Ensp, 2009. p. 49-74.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

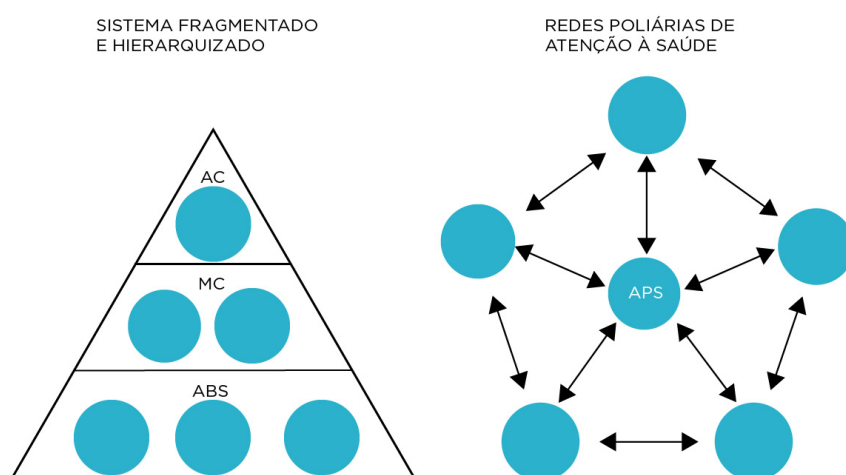
Módulo 6: Linha de Cuidado da Obesidade e Elaboração das diretrizes para o plano de ação de enfrentamento da obesidade

Olá, cursista! Chegamos ao último módulo do Curso de Enfrentamento e Controle da Obesidade no estado de Goiás. Parabéns por seu compromisso e comprometimento em se capacitar para auxiliar no enfrentamento desse importante problema de saúde pública no seu município.

Este módulo será dividido em dois tópicos: no primeiro, discutiremos sobre como organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no seu município; e, no segundo, apresentaremos as diretrizes para elaboração do plano de ação para o enfrentamento da obesidade, que você deverá elaborar em parceria com sua equipe de trabalho. Vamos lá?

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade como Linha de Cuidado Prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

O Modelo de Atenção à Saúde, praticado no SUS hoje, deve ser orientado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Para que cumpram o seu papel, é fundamental que a Atenção Primária à Saúde esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na RAS.



Fonte: MENDES(2000)

Figura 1.

A implantação das RAS no país é realizada na forma de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado. A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas é uma delas. Nessa rede, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade é prioritária (BRASIL, 2013).

Saiba mais: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS

A Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas, segundo a Portaria nº. 483, de 01 de abril de 2014 (BRASIL, 2014), apresenta os seguintes objetivos:

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

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

É estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica;

II - Atenção Especializada, que se divide em ambulatorial especializado, hospitalar, urgência e emergência;

III - Sistemas de Apoio;

IV - Sistemas Logísticos;

V - Regulação; e

VI - Governança.

A implantação da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude, sendo a **Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade** prioritária dentro dessa Rede.

Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade

Segundo Franco e Franco (2012), **Linha de Cuidado** (LC):

“é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social”.

As LC têm a função de normatizar o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações de promoção, prevenção, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, relativas à determinada doença (MENDES, 2011).

Podemos ver, abaixo, um exemplo de LC. Repare que a LC costuma ter início na atenção primária, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde e, em seguida, inclui outros pontos de atenção.



Estrutura de funcionamento de uma linha de cuidado. Fonte: (Franco & Magalhães)

Figura 2.Fonte: Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, 2012. Disponível em:

http://www.redehumanizassus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf

As LC fazem parte das RAS. De uma maneira geral, uma RAS pode possuir uma ou várias LC, dependendo de uma série de fatores, como disponibilidade de profissionais, recursos materiais e orçamentários, etc. No caso da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade é prioritária, mas também foram priorizadas, na organização da rede, outras linhas, como a LC de câncer de mama e de colo de útero, LC à pessoa com Diabetes Mellitus, dentre outras (BRASIL, 2013).

As LC fazem parte das RAS. De uma maneira geral, uma RAS pode possuir uma ou várias LC, dependendo de uma série de fatores, como disponibilidade de profissionais, recursos materiais e orçamentários, etc. No caso da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade é prioritária, mas também foram priorizadas, na organização da rede, outras linhas, como a LC de câncer de mama e de colo de útero, LC à pessoa com Diabetes Mellitus, dentre outras (BRASIL, 2013).

Sobre as Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado, acesse o documento:

http://www.redehumanizassus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf

O Ministério da Saúde disponibilizou, em 2014, um **Manual Instrutivo de Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Esse instrutivo tem como objetivo apoiar os gestores na organização da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas no estado, no município e nas regiões de saúde (BRASIL, 2014). Convidamos você a acessar, agora, esse material, disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf, para entender melhor como se estrutura a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade no seu município e seu processo de habilitação, além de visualizar o passo a passo para a elaboração do documento de implantação desta LC.

Importante destacar!

Para solicitar habilitação em **Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade**, o gestor de saúde deverá encaminhar ao Ministério da Saúde documento formal representativo dos pactos assistenciais, necessário à implementação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, bem como documentos necessários para habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, descritos no Manual Instrutivo de Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

Por que implantar a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade no seu município?

Segundo o Manual Instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), é importante implantar a LC do sobrepeso e da obesidade no seu município para organizar melhor as ações de prevenção e tratamento dessas condições, visando o fortalecimento e a qualificação da atenção a essa população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos. Isso se dará por meio de ações de promoção à alimentação adequada e saudável, práticas corporais, atividades físicas adequadas e integralidade e longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Quais as ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade que podem ser desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde do seu município?

Na Atenção Primária à Saúde, as atividades de prevenção e controle da obesidade devem ser focadas no território e planejadas de forma compartilhada com a comunidade, permitindo considerar as características sociais e culturais do ambiente. O ideal é que essas ações sejam planejadas nos diversos pontos de produção do cuidado, como Unidades de Saúde, escolas, creches, polo da Academia da Saúde ou similares, instituições religiosas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), associações de moradores, entre outros (BRASIL, 2014).

Alguns exemplos de atividades que podem ser realizadas nesse nível de atenção, retiradas do Manual Instrutivo de Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, são (BRASIL, 2014):

- Organizar a Vigilância Alimentar e Nutricional no município a partir da avaliação do peso, da estatura e do consumo alimentar, utilizando o SISVAN;
- Promover, nos diversos espaços, ações de promoção da alimentação adequada e saudável;
- Promover atividades físicas e práticas corporais e integrativas no espaço da Academia da Saúde;
- Realizar ações de alimentação saudável e atividade física nas escolas e creches, públicas e privadas;
- Utilizar os equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional do território (feiras, restaurantes populares, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, Central de Abastecimento Municipal);
- Garantir avaliação periódica dos usuários.

Outros documentos que possuem exemplos de ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade estão destacados abaixo:

- Caderno de Atenção Básica sobre Obesidade, nº. 38 (2014):
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios (2014):
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf

Antes de prosseguirmos para o próximo assunto deste módulo, convidamos você a identificar e anotar no seu Diário de Estudos os **fluxos da LC da obesidade no município**. Quais são os pontos de atenção que o indivíduo com excesso de peso pode ter acesso no SUS para seu cuidado integral?

Essa atividade auxiliará na construção da LC do sobrepeso e da obesidade no seu município, caso esta LC ainda não tenha sido elaborada e implantada no seu local de atuação.

Planejamento das ações em saúde

"O planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes". (Peter Drucker)

Agora que já abordamos sobre a LC do Sobrepeso e da Obesidade na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, vamos focar nossa atenção à importância do planejamento estratégico das ações em saúde.

O planejamento estratégico em saúde é um tema fundamental para ser discutido com gestores de saúde. Como gestor, você não pode cometer o erro de achar que não precisa de planejamento para as ações que serão realizadas no seu município.

Segundo Buarque (1999):

"Planejamento é uma ferramenta de trabalho utilizada para tomar decisões e organizar as ações de forma lógica e racional, de modo a garantir os melhores resultados e a realização dos objetivos de uma sociedade, com os menores custos e no menor prazo possível."

O planejamento em saúde vai garantir que as ações não sejam improvisadas, que os objetivos e as metas sejam claros, que os responsáveis assumam o compromisso de desenvolvê-las e que os prazos para sua realização sejam cumpridos. É mais um estímulo para que as ações saiam do papel, principalmente por estar visível o caminho para realizá-las.

Como apresentado no início deste curso, a atividade final dos módulos consiste na elaboração de um plano de ação de enfrentamento da obesidade para ser realizado no seu município. As orientações para a elaboração do plano seguem abaixo.

Atividade do módulo 6:

Orientações para a elaboração do Plano de Ação

1. O cursista deverá elaborar um Plano de Ação para o enfrentamento da obesidade para o seu município de acordo com a planilha apresentada abaixo;
2. Deverá discutir com a sua equipe de trabalho para eleger os itens considerados críticos, ou seja, aqueles que têm maior impacto no enfrentamento da obesidade, como discutido nos módulos 1 e 2 deste curso;
3. Para priorização dos itens críticos, propõe-se que sejam analisadas a ocorrência do problema, a gravidade e a viabilidade técnica, política, administrativa e temporal;
4. Após a priorização dos itens críticos, devem ser propostos o(s) objetivo(s), a ação, o responsável e o prazo para cada um. Lembrando que, para se alcançar um objetivo, pode ser necessário realizar mais de uma ação;
5. O Plano de Ação deve ser apresentado na seguinte estrutura:

1. IDENTIFICAÇÃO

Este tópico tem por objetivo a identificação de possíveis parcerias/articulações para a realização das ações propostas. É importante entrar em contato com os profissionais que são do seu município. O Plano de Ação será mais efetivo se for construído em equipe.

Município:	
Equipe responsável pela elaboração do Plano de Ação (nome e função):	
Parcerias (secretarias/ departamentos; instituições; movimentos sociais; associações; Conselhos; outros) para realização das ações propostas:	

2. OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

Os tópicos sobre a observação da realidade deverão conter a descrição detalhada da realidade profissional vivenciada. As vivências em seu ambiente de trabalho e no território, além de documentos oficiais (artigos sobre dados epidemiológicos, relatórios locais de saúde, dados dos sistemas de informação em saúde e outros) irão embasar essa etapa do Plano de Ação.

2.1 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O MUNICÍPIO

2.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SOBRE A OBESIDADE NO MUNICÍPIO

Informar também sobre as potencialidades e dificuldades presentes em seu município.

2.3 LINHA DE CUIDADO DA OBESIDADE

Conter a descrição sobre a Linha de Cuidado da obesidade em seu município. Caso você não tenha conhecimento sobre esse ponto, ou não exista a Linha de Cuidado da obesidade no município, isso deverá ser registrado neste tópico.

3. IDENTIFICAÇÃO DE PONTOS-CHAVE

Este item deverá conter as prioridades elencadas pela equipe no enfrentamento e controle da obesidade em seu município. "O que é mais importante de ser trabalhado no momento (?)". Faz parte deste tópico a tomada de decisão por parte dos gestores em diálogo com os profissionais de saúde e usuários das unidades de saúde.

4. HIPÓTESES DE SOLUÇÃO/PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS AÇÕES

Para cada ponto-chave elencado como prioridade, estabelecer um planejamento estratégico por meio do preenchimento da tabela abaixo, ou seja, uma tabela para cada ação proposta. Lembrando que cada ponto-chave corresponde ao que foi priorizado após a observação da realidade.

Ponto-chave:								
Objetivo:								
O que? (Eixo/temática da atividade).	Por quê? (Justificativa da ação)	Quem? (Público-alvo)	Quando? (Data/s)		Onde? (Local/ais)	Como? (Métodos e estratégias)	Quanto? (Recursos financeiros)	Como medir? (avaliação e monitoramento por meio de indicadores)
			Início	Fim				

As colunas detalham o passo a passo do planejamento. A primeira coluna, "O que?", deverá conter o que será feito. Exemplos: um grupo de cuidado aos pacientes obesos; mapeamento dos ambientes obesogênicos no município; promoção da alimentação saudável na escola; construção de uma horta agroecológica comunitária; realização de feiras agroecológicas, etc.

A segunda coluna, "Por quê?", deverá conter a descrição de aspectos que justifiquem a necessidade da atividade proposta.

A terceira coluna, "**Quem o fará?**", deverá conter a identificação dos responsáveis pela execução da atividade e a quem ela se destina (público-alvo).

Posteriormente, determina-se os prazos da ação, o "**Quando**". É o momento de identificação do início e fim das etapas da ação. Deverá ser especificado o período de planejamento/articulações; implementação/execução e acompanhamento/monitoramento/avaliação da atividade. É importante, nesta etapa, a observação das características dos serviços, a rotina dos profissionais envolvidos, a demanda de serviço e outros aspectos que interferem nos prazos estipulados para a ação planejada.

48

Na coluna "**Onde?**", deve-se definir os locais para a execução da ação.

Na sexta coluna, "**Como?**", deverão ser descritos os métodos e estratégias utilizados para o desenvolvimento da atividade.

Em seguida, especifica-se o custo da ação, com detalhamento dos custos financeiros necessários à sua execução em todas as etapas.

Na última coluna, "Como medir?", é necessária a especificação de quais indicadores serão responsáveis pela avaliação da ação e como esses indicadores irão auxiliar no acompanhamento/monitoramento e avaliação das ações. Vale destacar que esses indicadores poderão ser quantitativos (números) e qualitativos (opiniões, percepções e outros indicadores que não sejam descritos por meio de números).

Observação: na primeira parte deste módulo, apresentamos diversas ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade que podem ser desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde do seu município. Tendo em vista as prioridades de saúde de sua população, equipamentos sociais disponíveis, disponibilidade de profissionais, recursos materiais e orçamentários, etc., pense nas ações que seriam mais efetivas para o enfrentamento desse problema no seu território!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5150182/mod_resource/content/1/Condi%C3%A7%C3%B5es%20cr%C3%B4nicas%20%281%29.pdf.

Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em:

26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html. Acesso

em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual** instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em: 26 set. 2019.

BUARQUE, S. C. **Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável**. Brasília, DF: IICA, 1999. Disponível em: <https://georgenunes.files.wordpress.com/2015/04/metodologia-de-planejamento-do-desenvolvimento-local-e-municipal-sustentavel.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

FRANCO, C. M., FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 26 set. 2019.

Esse curso foi feito para você, gestor no serviço de saúde, participante do controle social, profissional de saúde que atua na atenção básica. Ele está inserido no eixo formação do projeto Ações de enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS no estado de Goiás, financiado pela chamada pública CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN No 26/2018.

FANUT UFG



CNPq



Ministério da Saúde



Secretaria de Saúde do Estado de Goiás



Secretaria de Saúde de Goiânia



**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE GOIÂNIA**