

Sônia Lopes Pinto
Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo
(Orgs.)



DESAFIOS DA GESTÃO NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE





A obesidade é um problema de saúde pública que afeta bilhões de pessoas em todo o mundo, estando presente na população independentemente da classe social, sexo e faixa etária. No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2019, mostram prevalência de obesidade em 20,3% da população adulta, e no Tocantins, observamos 25,6%, conforme o “Atlas da Obesidade do Estado do Tocantins” (2021). Neste contexto, é de suma importância que o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, a Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB), atue no enfrentamento e controle da obesidade, principalmente no cuidado da pessoa com obesidade, pelo fato desta ser a porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, em 2019 foi lançada a chamada pública CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN 28/2019, para criação do Projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS nos estados brasileiros, que possui como um de seus propósitos capacitar as equipes da APS e os gestores municipais, a fim de proporcionar o melhor cuidado e tratamento da pessoa com obesidade. Dentro desse contexto, nasceu o Projeto ECOA/SUS-Tocantins que tem como propósito atuar no enfrentamento e controle da obesidade no estado.



Sônia Lopes Pinto
Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo

Organizadores

DESAFIOS DA GESTÃO NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE



Palmas/TO
2022

Revisoras internas: Kellen Cristine Silva; Salete Teresinha Rauber Klein; Sônia Lopes Pinto

Ilustrações e infográficos: Hiago Carvalho Lira

Diagramação: Walter Santos

Capa: Lucas Margoni

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

PINTO, Sônia Lopes; FERREIRA, Bianca Dias; FIGUEIREDO, Graziela Ramirez de; (Orgs.)

Desafios da gestão no enfrentamento e controle da obesidade [recurso eletrônico] / Sônia Lopes Pinto; Bianca Dias Ferreira; Graziela Ramirez de Figueiredo (Orgs.) – Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022.

190 p.

ISBN - 978-65-5917-445-4

DOI - 10.22350/9786559174454

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Obesidade; 2. Qualidade de vida; 3. Gestão; 4. Estado; 5. Brasil; I. Título.

CDD: 341.76

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 341.76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE	Atenção Especializada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS/AB	Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIAN	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CES	Conselho Estadual de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
eAB/eSF	Equipes de Atenção Básica / Equipes de Saúde da Família

EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAN	Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição
GP	Gestão de Pessoas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LCSSO	Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAS	Programação Anual de Saúde
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAM	Política Nacional de Aleitamento Materno

PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Plurianual
Projeto ECOA/SUS-TO	Projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS
PROTEJA	Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDQA	Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento da Gestante
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
UBS	Unidade Básica de Saúde
UT	Unidade Temática
UT1	Unidade Temática1
UT2	Unidade Temática2
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Pesquisa Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SOBRE OS AUTORES

Bianca Dias Ferreira

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Tocantins. Especialização em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Especialização em Comportamento e Transtornos Alimentares em andamento pela Faculdade Laboro. Atua como pesquisadora bolsista do CNPq no projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS no Tocantins – ECOASUS/TO.

E-mail: biancadias.fer24@gmail.com

Geórgia Corrêa Alencar

Nutricionista pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) em 2018. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (2021) pela Residência Multiprofissional da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas/TO, atuando no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)/Equipe Multiprofissional durante esse período. Pós-graduada em Comportamento e Transtornos Alimentares pela Faculdade Laboro em Palmas/TO.

E-mail: georgialencar@gmail.com

Graziela Ramirez de Figueiredo

Nutricionista, graduada pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), 2018. Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (2020) pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Pós-graduação em Comportamento e Transtornos Alimentares. Experiência profissional na área de Saúde Pública. Atualmente, atua como Nutricionista clínica e Pesquisadora bolsista do Projeto ECOA-SUS/TO.

E-mail: grazielajbg@gmail.com

Heryka Araujo Cavalcante

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Especialista em Saúde Coletiva.

E-mail: herykacavalcante@gmail.com

Lisandra Lustoza Ferro

Nutricionista, Especialista em Saúde Coletiva. Pesquisadora bolsista (CNPQ) do Projeto ECOA-SUS/TO.

E-mail: lisandraferro@gmail.com

Natalia Quaresma de Souza

Enfermeira pela Universidade da Amazônia (UNAMA) em 2013. Experiência profissional na área de Atenção Primária no SUS. Atualmente é acadêmica do curso de Medicina na Universidade Federal do Tocantins (UFT).

E-mail: nataliaquaresma18@gmail.com

Sônia Lopes Pinto

Docente do Curso de Nutrição e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Palmas. Doutorado em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (2019). Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (2010). Especialização em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho (2007) e Graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (2005). Tem experiência na área de nutrição clínica, hospitalar e ambulatorial, atuando nos seguintes temas: obesidade, cirurgia bariátrica e doenças crônicas não transmissíveis.

E-mail: sonialopes@uft.edu.br

SUMÁRIO

PREFÁCIO	14
----------------	----

APRESENTAÇÃO	16
--------------------	----

UNIDADE TEMÁTICA 1

ATRIBUIÇÕES DO GESTOR E OS IMPACTOS DA OBESIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

Bianca Dias Ferreira, Graziela Ramirez de Figueiredo	21
---	-----------

Perfil de Gestão	23
-------------------------------	-----------

Liderança como competência de gestão	29
--	----

Dimensões da obesidade	34
-------------------------------------	-----------

Prevalência da obesidade: uma epidemia global	34
---	----

Multifatorialidade da obesidade e seus determinantes sociais de saúde	40
---	----

Impactos da obesidade na saúde versus a (in)visibilidade da obesidade na APS/AB	43
--	----

Conclusão	53
------------------------	-----------

Referências	57
--------------------------	-----------

UNIDADE TEMÁTICA 2

GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Graziela Ramirez de Figueiredo, Lisandra Lustoza Ferro,

Heryka Araújo Cavalcante 60

Planejamento em Saúde: o percurso dos gestores municipais 62

Instrumentos de planejamento da gestão municipal 63

Plano Municipal de Saúde (PMS) 64

Programação Anual de Saúde (PAS) 66

Relatório Anual de Gestão (RAG) 66

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) 68

Plano Plurianual (PPA) 68

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 69

Lei Orçamentária Anual (LOA) 69

Espaços de pactuação interfederativa do SUS 75

Gestão financeira e orçamentária do SUS 82

Gestão da informação em saúde: reconhecendo o perfil epidemiológico da população através dos inquéritos e sistemas de informação 91

Inquéritos populacionais 91

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 92

Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 93

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 94

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 96

Sistemas de Informação em Saúde (SIS) 97

Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) 98

Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) 102

DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP) 102

O papel das Redes de Atenção de Saúde (RAS) no contexto da Obesidade 106

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) 112

Conclusão 120

Referências 123

UNIDADE TEMÁTICA 3

RECURSOS DE GESTÃO NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE

Promoção da saúde e prevenção de doenças como estratégias para o enfrentamento da obesidade.....	130
Promoção da Saúde.....	130
Prevenção de doenças e agravos	136
Gestão de políticas e programas de saúde, alimentação e nutrição	138
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).....	139
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	142
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).....	145
Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)	148
Eixos de ação intersetoriais para prevenção e controle da obesidade:	
Programas e estratégias.....	153
Eixo 1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis	153
Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)	155
Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	157
Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).....	158
Eixo 2. Ações de educação, comunicação e informação	159
Guias Alimentares.....	160
Eixo 3. Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos	162
Programa Saúde na Escola (PSE)	164
Programa Academia da Saúde (PAS)	165
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	167
Eixo 4. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).....	168
Eixo 5. Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde.....	170
Eixo 6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.....	172

<i>Advocacy</i> como estratégia para inclusão da alimentação e nutrição na agenda política e apoio à tomada de decisão	177
Participação e controle social	180
Conclusão	184
Referências	187
Considerações finais.....	190

A obesidade é um problema de saúde pública que afeta bilhões de pessoas em todo o mundo, estando presente na população independentemente da classe social, sexo e faixa etária. No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2019, mostram prevalência de obesidade em 20,3% da população adulta, e no Tocantins, observamos 25,6%, conforme o “Atlas da Obesidade do Estado do Tocantins” (2021).

Neste contexto, é de suma importância que o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, a Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB), atue no enfrentamento e controle da obesidade, principalmente no cuidado da pessoa com obesidade, pelo fato desta ser a porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, em 2019 foi lançada a chamada pública CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN 28/2019, para criação do Projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS nos estados brasileiros, que possui como um de seus propósitos capacitar as equipes da APS e os gestores municipais, a fim de proporcionar o melhor cuidado e tratamento da pessoa com obesidade. Dentro desse contexto, nasceu o Projeto ECOA/SUS-Tocantins que tem como propósito atuar no enfrentamento e controle da obesidade no estado.

Este livro contém todos os conteúdos que serão trabalhados no Curso de Qualificação dos Gestores Municipais de Saúde. Nele, abordamos as atribuições do gestor do SUS frente ao problema da

obesidade e sua complexidade. Esperamos que este curso possa atender à necessidade atual e emergente da nossa população, no que se refere à crescente evolução da obesidade. Também esperamos que o curso venha preencher uma lacuna, que é a fragmentação ou inexistência de um olhar voltado às demandas específicas da obesidade, tanto pelos profissionais de saúde, bem como pelos gestores do SUS.



Equipe de formação do PROJETO ECOA/SUS-TO

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) cursista, seja bem vindo(a)!

Com muita alegria apresentamos a vocês este e-book, que compõe parte do Curso de Qualificação ofertado aos gestores municipais de saúde do estado do Tocantins, no âmbito da APS/AB. O livro apresenta alguns elementos de interatividade, visto que nosso objetivo era produzir um texto com uma linguagem mais interativa e fluida, a fim de facilitar a abordagem e compreensão dos temas propostos. Vamos conhecê-los?



Conceitos e definições: Refere-se ao significado de termos ou expressões que influenciam na compreensão do conteúdo.



Saiba mais: São indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, artigos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo.



Para ir além: Referem-se a curiosidades sobre o tema.



Vamos lembrar: Momento em que ocorre a menção de temas já citados anteriormente e que têm papel relevante em outros tópicos.



Vamos refletir: São perguntas disparadoras, realizadas ao longo do texto, para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho.



Vamos praticar: São atividades práticas ou teóricas relacionadas ao conteúdo abordado no tópico.



Estudo de caso: São narrativas, baseadas em situações reais que retratam a rotina de serviços de saúde e de sujeitos com obesidade, as quais geram reflexões e questões a serem discutidas pelos cursistas no formato de atividades.

Por fim, ressaltamos que este livro está organizado em 3 Unidades Temáticas, sendo elas: 1. Atribuições do gestor e os impactos da obesidade na saúde pública; 2. Gestão na Atenção Primária à Saúde; 3. Recursos de gestão no enfrentamento e controle da obesidade. Desejamos a todos um ótimo curso!

CURSO DE QUALIFICAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MAPA INTERDISCIPLINAR



MATRIZ DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competência geral	Propor a organização dos serviços de saúde, execução de ações conforme estratégias e as políticas públicas de saúde vigentes, de modo a organizar a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, possibilitando o controle e enfrentamento da obesidade no município.
Competência específica	Planejar ações de controle do agravo da obesidade com base em políticas, programas e informações de saúde dos territórios de saúde e municípios.
Habilidade 01	Compreender a obesidade como problemática de relevância no Estado e Municípios, sua multicausalidade e as estratégias de promoção da saúde e prevenção da obesidade.
Habilidade 02	Reconhecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e seu papel na garantia da longitudinalidade do cuidado aos indivíduos com obesidade.
Habilidade 03	Viabilizar o manejo adequado da obesidade realizado na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias efetivas que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças e ações intersetoriais no âmbito individual, familiar e coletivo, visando o enfrentamento da obesidade.
Habilidade 04	Estimular o uso de políticas, programas, instrumentos de gestão, sistemas de informações, estratégias de planejamento e participação social como aliados no controle e enfrentamento da obesidade no SUS, considerando as necessidades individuais e coletivas.
Habilidade 05	Reconhecer os componentes da Rede de Atenção à Saúde para assim permitir a estruturação da proposta de organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade conforme a realidade do Município.

UNIDADE TEMÁTICA 1

ATRIBUIÇÕES DO GESTOR E OS IMPACTOS DA OBESIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

.....

**Desbravando o papel do gestor no
enfrentamento e controle da obesidade**

**Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo**

TEMÁTICA GERADORA

Desbravando o papel do gestor no enfrentamento e controle da obesidade.

ATRIBUIÇÕES DO GESTOR E OS IMPACTOS DA OBESIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

De que forma o gestor pode atuar no cenário da obesidade?

Ser gestor do SUS exige um agir político de mediação e diálogo permanente com os diferentes membros de sua equipe, atores sociais e instâncias de negociação e pactuação. Diante do seu papel, é necessário articular saberes e práticas, através de um conjunto de competências e habilidades gerenciais, para compreender suas responsabilidades e corresponsabilizar os demais por meio da liderança.

Dentre as responsabilidades, o gestor do SUS assume, enquanto autoridade sanitária, o compromisso de agir de acordo com as necessidades de saúde de sua população e na garantia da continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde.

Vale ressaltar que, nas últimas décadas, ocorreram mudanças em diversos setores da sociedade que resultaram em novas necessidades de saúde da população brasileira. Tais mudanças são decorrentes, principalmente, de alterações no perfil demográfico, epidemiológico e nutricional; predominando, desta forma, as condições crônicas e, em especial, a obesidade.

Apesar do reconhecimento da obesidade como um problema de saúde pública, os esforços realizados até o momento não foram suficientes para frear sua crescente prevalência. Além disso, alguns desafios são constatados no âmbito da saúde, de modo que esta condição ainda se encontra invisível aos olhos de muitos gestores e profissionais de saúde, mesmo com os elevados custos econômicos que a obesidade e condições associadas geram ao SUS.

Desta forma, é de suma importância que o gestor se aproprie da magnitude dos impactos econômicos gerados pelas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), em especial pela obesidade. Tal conhecimento irá auxiliá-los nas tomadas de decisão sobre políticas públicas e demais estratégias; havendo, assim, uma melhor compreensão do grande desafio que envolve o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da APS/AB.

Esta Unidade Temática (UT) contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- Compreender a obesidade como problemática de relevância no Estado e Municípios, sua multicausalidade e as estratégias de promoção da saúde e prevenção da obesidade.
- Estimular o uso de políticas, programas, instrumentos de gestão, sistemas de informações, estratégias de planejamento e participação social como aliados no controle e enfrentamento da obesidade no SUS, considerando as necessidades individuais e coletivas.

Perfil de Gestão

Enquanto gestor do SUS é preciso articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde. Lembrando que, seu objetivo principal é garantir saúde à população, como está instituído na Constituição Federal de 1988, no Artigo 196:



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

“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” (BRASIL, 1988).

Desta forma, o gestor em saúde é o mediador entre os diferentes grupos e atores sociais que compõem e vivenciam esse sistema; exigindo assim, desenvolver uma capacidade de entender suas responsabilidades e sobre a corresponsabilização daqueles que compartilham de suas ações, a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação, seja no nível central do sistema, seja com a equipe que o apoia.



VAMOS REFLETIR?

Diante disso, o que é Gestão de Pessoas e como realizá-la?

O primeiro ponto a considerar é que Gestão de Pessoas (GP) não é somente uma área (departamento, unidade, secretaria, etc.), mas um processo complexo, cíclico e virtuoso que depende da relação entre os múltiplos atores (as lideranças e os demais membros das equipes, em todos os níveis e áreas da organização). Nessa relação, todos são coprodutores e responsáveis pela qualidade da relação, pelos resultados do trabalho desenvolvido e pela saúde do ambiente compartilhado.

Desta forma, o processo de GP envolve tanto o gestor como cada membro de sua equipe; que no exercício de suas funções produzirão valor público.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Valor público pode ser definido como o resultado produzido pela administração pública interagindo com diferentes atores, orientado para a sociedade e reconhecido pelos seus diferentes destinatários. Essa ideia contém o senso de coprodução de valor tendo os agentes públicos como articuladores e a sociedade como objeto (BERGUE, 2019).

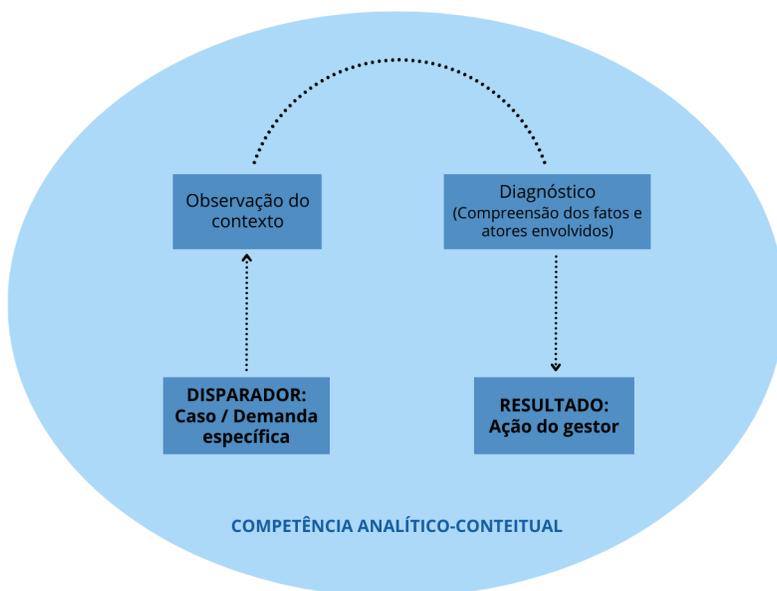
O valor é, portanto, percebido; no qual é o cidadão ou a sociedade que delibera sobre o nível de pertinência do que é gerado, atribuindo-lhe valor.

Entretanto, é preciso reconhecer que para a realização da GP, é requerido dos gestores, de modo geral, um conjunto de competências e habilidades que os auxiliarão para exercer as funções de liderança. Mas, antes de adentrar ao tópico de liderança, vamos compreender um pouco melhor sobre o que consiste essas competências e habilidades conferidas ao gestor público.

Já entendemos que, pelo fato, da GP ser um processo complexo, ela é ampla, dinâmica e multidimensional; não existindo uma “receita padrão” de como realizá-la. Por ser composta por pessoas, essas são diferentes entre si, e além disso, é preciso considerar que elas também mudam ao longo do tempo; variando seus comportamentos, interesses e expectativas que são influenciados por diversos fatores (pessoais, profissionais, relacionais, ambientais, entre outros).

Desta forma, o papel do gestor é estar preparado e qualificado para compreender a dinâmica de comportamento das pessoas no ambiente de trabalho. Um excelente gestor possui habilidades e competências que o permite estar atento aos acontecimentos, e com o auxílio dos conhecimentos técnicos, refletir sobre si e as circunstâncias, sabendo agir frente às demandas (Figura 01).

Figura 01. Influência da competência analítico-conceitual na atuação do gestor em saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BERGUE, S. T., 2019.

Somente a partir de um diagnóstico bem formulado que a ação de gestão será praticada. De modo que, toda a ação tem como condição anterior a análise e a compreensão da situação devidamente contextualizada. E, a finalidade desta competência analítico-conceitual

está na capacidade, por parte do gestor, de compreender, explicar, descrever e, até mesmo, prever um fenômeno.

Além disso, outros estudos apontam outras competências gerenciais, importantes de serem consideradas, que foram subdivididas em 3 categorias maiores (Figura 02) e explicadas em seguida.

Figura 02. Categorias que compõem as principais competências gerenciais



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de LOPES, A. V., 2020.

Podemos destacar que as competências de relacionamento e interação dos gestores com os demais (sua equipe, outros atores e instituições) são as mais citadas, sendo compostas por habilidades de comunicação, colaboração, trabalho em equipe, cooperação, construção de parcerias, motivação dos funcionários e relacionamento interpessoal, que se somam a outras menos citadas, tais como saber ouvir e as habilidades de negociação, articulação, mobilização e gestão de conflitos.

O segundo eixo de competências é composto por habilidades como: visão estratégica, capacidade de inovação, gestão da mudança, flexibilidade, criatividade e visão de futuro. De modo que, este eixo está relacionado à adaptação da organização ao ambiente em que está inserida e ao seu desenvolvimento frente aos desafios colocados pela sociedade.

Por fim, o terceiro eixo relaciona-se à prática da atividade gerencial, à execução das tarefas e ao desenvolvimento do próprio gestor. E para tal competência, estão incluídas as seguintes habilidades: aprendizagem contínua e autodesenvolvimento, capacidade de decisão, resolução de problemas, foco em resultados, capacidade de coordenação e planejamento, além dos conhecimentos técnicos e operacionais necessários para o desempenho da função.

Neste contexto, podemos afirmar que para um gestor municipal de saúde ter sucesso no desempenho de suas funções, é preciso reconhecer a importância da parceria e da intersetorialidade em seu ambiente de trabalho; pois dificilmente terá bons resultados agindo de maneira isolada. É preciso dispor de competências que permitam compreender e se adaptar a um ambiente em constante transformação, lançando mão da criatividade e da inovação para atender melhor os anseios da sociedade.

Liderança como competência de gestão

Considerando as competências necessárias à função da gestão, o gestor municipal de saúde deve ser capaz de liderar e agregar sua equipe de maneira eficaz e utilizar os recursos de qualquer espécie para otimizar o serviço no seu território de abrangência. Liderança, por sua vez, é definida como:



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A capacidade de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, obtendo resultados significativos, motivação do grupo e clima de trabalho favorável (GRAMIGNA, 2007).

Liderança é, antes de tudo, uma relação e envolve exercício de poder; é expressão de poder porque se refere à capacidade de influenciar pessoas e é relação porque implica, no mínimo, dois atores em interação em contextos dinâmicos. Assim, liderança não é uma posição, mas sim uma ação, sendo uma capacidade do gestor ou dirigente público, que é essencialmente um gestor de pessoas.

No contexto do trabalho em equipe, a liderança pode ser entendida como o exercício da capacidade de influenciar legitimamente o comportamento de pessoas orientado para a consecução de objetivos institucionais. O propósito da liderança é, nesses termos, alcançar e manter o engajamento, interesse e comprometimento das pessoas com o trabalho orientado para os fins institucionais e o interesse público.



VAMOS REFLETIR?

E qual é o papel do gestor municipal como líder nesse contexto?

O papel do gestor em saúde como líder mostra-se essencial para mediar desafios, construir relacionamentos, otimizar as competências já existentes na equipe e, principalmente, proporcionar entendimento sobre as políticas de saúde e inseri-las na rotina da equipe.

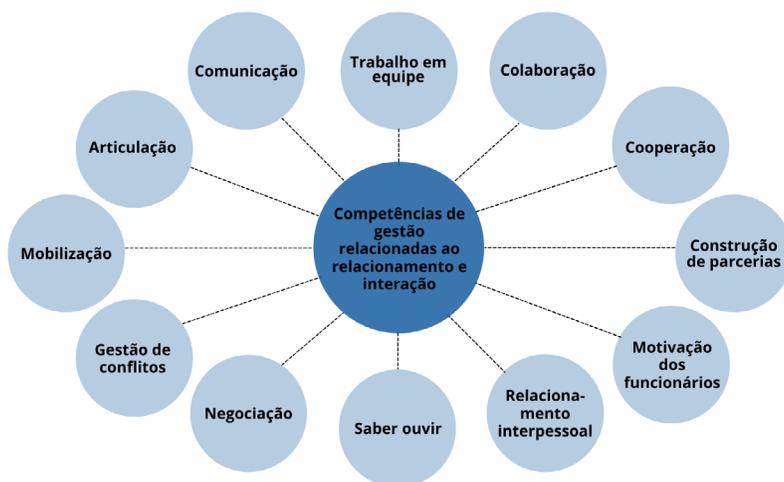
Ser gestor do SUS exige um agir político de mediação e diálogo permanente, com participação conjunta com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nas instâncias de decisão e negociação. O desafio está em interagir com a pluralidade dos grupos e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse sistema.

A administração pública tem o desafio de desempenhar um papel central na melhoria da qualidade de vida da população, atendendo às expectativas cada vez maiores dos cidadãos e da sociedade. E, para que possa exercer esse papel fundamental, é preciso contar com lideranças capazes de orientar e motivar as suas equipes, fortalecer as relações intergovernamentais, promover a participação da sociedade na prestação dos serviços públicos e na busca por novos caminhos que possam superar problemas de difícil solução.

As competências gerenciais tradicionais se mostram importantes, pois é fundamental que o gestor tenha capacidade de planejamento, coordenação e decisão. Entretanto, a amplitude dos desafios impõe a necessidade de desenvolver a capacidade de relacionamento e interação, construindo parcerias e atuando de forma cooperativa e colaborativa.

Assim, dentre as competências dos gestores, destacam-se aquelas relacionadas com a interação dos mesmos e suas equipes, bem como com outros atores e instituições (Figura 03), sendo que todas estas compõem um perfil de liderança, que espera-se que seja desenvolvido pelo gestor em saúde. Ou seja, o gestor público dificilmente terá sucesso agindo de maneira isolada, concentrado apenas nos limites de sua atuação burocrática.

Figura 03. Competências de gestão relacionadas a relacionamento e interação



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de LOPES, A. V., 2020.

Outro aspecto importante no impacto da liderança é a qualidade dessa relação, a qual é influenciada pelo contexto do trabalho e pelas pessoas. Mas também, especialmente, pela forma como o gestor e os demais membros da equipe a percebem em termos de expectativa e da

capacidade de compreensão das peculiaridades dessa relação. Assim, quando as expectativas do gestor e da equipe se alinham, em relação ao papel do líder, haverá uma percepção de boa liderança (Figura 04).

Figura 04. Competências desenvolvidas pelo gestor no exercício da liderança no setor público

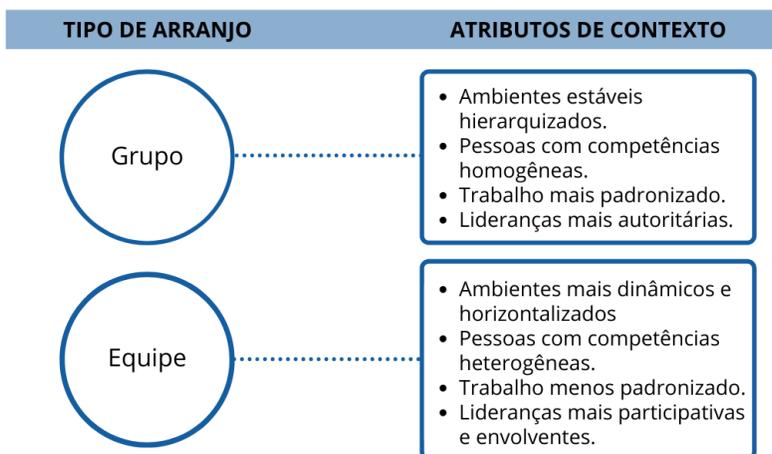


Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BERGUE, S. T., 2019.

Em síntese, a função do líder é estabelecer e desenvolver relações de cooperação e mobilização de recursos. De modo que a capacidade das pessoas e dos recursos estão orientados para obter resultados que atendam as expectativas, desde o nível individual ao institucional, com reflexos para a sociedade.

Desta forma, o ponto principal do exercício da liderança reside na equipe, o lócus de atuação que se organiza a partir das relações individuais que o líder desenvolve com cada membro. Nesse sentido, é determinante para a qualidade da atuação do gestor a forma como ele interpreta o seu ambiente próximo de trabalho: como um grupo ou como uma equipe, conforme apresentado na Figura 05.

Figura 05. Características dos diferentes tipos de arranjo do trabalho



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BERGUE, S. T., 2019.



VAMOS REFLETIR?

Mas porque o gestor em saúde tem que saber de tudo isso afinal? E como isso se relaciona ao cenário da obesidade?

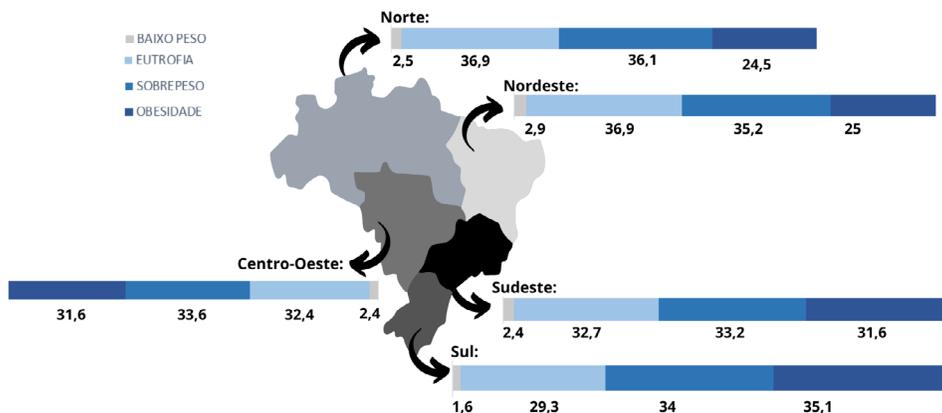
Considerando o contexto de saúde pública no geral, mas também no foco deste curso, que é a crescente prevalência de obesidade no Brasil e no mundo, bem como sua multicausalidade e consequências biopsicossociais, o gestor em saúde precisa estar preparado para liderar sua equipe da SMS, organizar os recursos financeiros e humanos e utilizar as ferramentas de gestão disponíveis, suas habilidades e competências no enfrentamento e controle deste agravo. Para entender melhor esse desafio, abordaremos a seguir sobre as dimensões da obesidade.

Dimensões da obesidade

Prevalência da obesidade: uma epidemia global

No âmbito da APS/AB, em 2019, o Brasil contabilizou mais de 12 milhões de atendimentos de indivíduos adultos, e desses, 28,5% apresentaram obesidade. Ou seja, cerca de 3,6 milhões de pessoas com obesidade foram atendidas. Dentre as regiões brasileiras, vale ressaltar que a Região Norte se destacou com a menor prevalência de adultos com obesidade atendidos na APS/AB, como apresentado na Figura 06.

Figura 06. Estado nutricional de adultos, atendidos na APS/AB, por regiões do Brasil



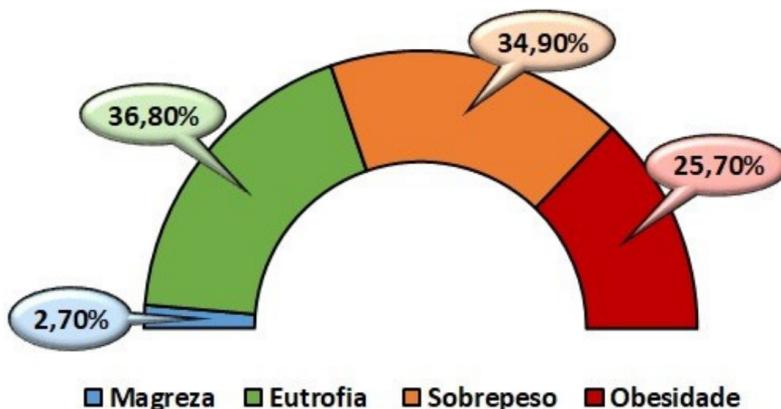
Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.



E NO TOCANTINS?

Assim como os dados anteriores, de acordo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o estado do Tocantins apresenta um quantitativo inferior de adultos com obesidade quando comparado à média brasileira; porém, quando se avalia a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade), nota-se que esta condição atinge 60,6% da população tocantinense adulta. Para melhor conhecermos a realidade do nosso estado, o Gráfico 01 apresenta o percentual referente ao estado nutricional dos indivíduos, no Tocantins, em 2019.

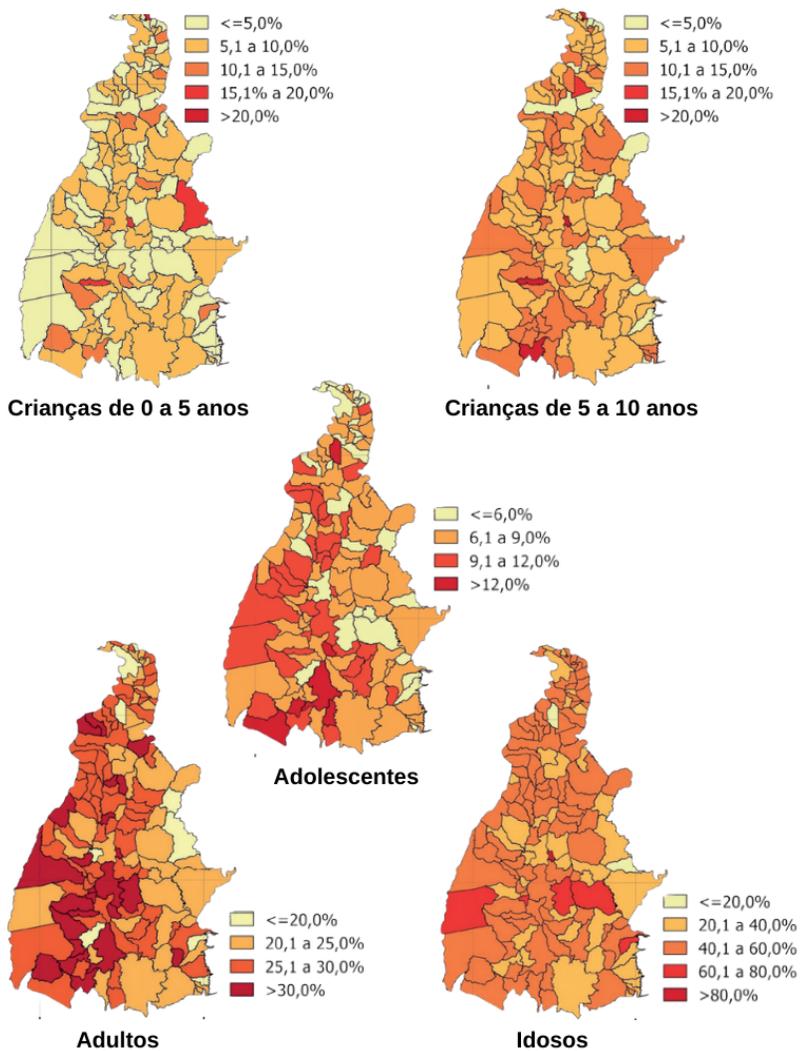
Gráfico 01. Classificação nutricional dos pacientes adultos atendidos na APS/AB, no estado do Tocantins, em 2019



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Além disso, é possível analisar como a prevalência da obesidade se distribui, entre as diferentes faixas etárias, nos municípios tocantinsenses. Por meio da Figura 07 podemos observar que esta prevalência apresenta um comportamento epidemiológico semelhante aos inquéritos nacionais, aumentando à medida que a população envelhece. Isto é visualmente identificado a partir da intensificação das cores apresentadas nos mapas a seguir.

Figura 07. Prevalência da obesidade por município, nas diferentes faixas etárias, no Tocantins, em 2019



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



SAIBA MAIS!

Para conhecer melhor a prevalência da obesidade no estado do Tocantins, bem como analisar a realidade desse agravo nos municípios tocantinenses e por Região de Saúde, **acesse o Atlas da Obesidade na íntegra.**



VAMOS PRATICAR?

(UT01_VP01) Faça uma busca no “Atlas da Obesidade do estado do Tocantins” e, a partir dos achados, insira os dados na planilha disponibilizada, referentes às porcentagens de obesidade do seu município e Região de Saúde, de acordo com as faixas etárias apresentadas (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

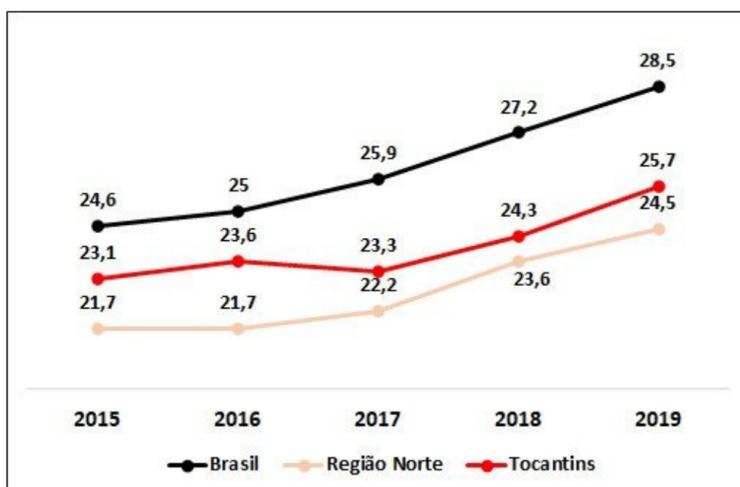
.....

.....

.....

Da mesma forma que a obesidade apresentou prevalência crescente com o avançar da idade, podemos ver através do Gráfico 02 seu comportamento na população adulta, entre 2015 e 2019, no qual se observa o crescimento da mesma em todo país, na Região Norte e também no estado do Tocantins, sendo este último com prevalências até maiores do que a Região Norte como um todo.

Gráfico 02. Prevalência da obesidade no Brasil, na Região Norte e no Tocantins, entre 2015 e 2019



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



VAMOS REFLETIR?

Diante deste panorama, você conhece as causas que contribuem para essa crescente prevalência? Será que, no nosso estado, a obesidade é somente um reflexo da má alimentação e sedentarismo da população tocantinense?

Multifatorialidade da obesidade e seus determinantes sociais de saúde

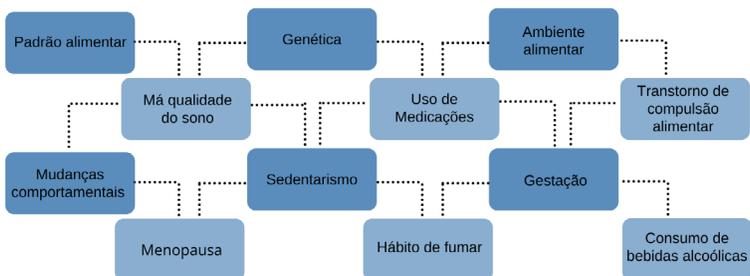


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A obesidade é um agravo de caráter multifatorial decorrente de maior consumo do que gasto de energia pelo corpo, o que favorece o acúmulo de gordura. Esta condição é associada a riscos para a saúde devido à sua relação com diversas complicações metabólicas (OMS, 2000).

Compreender a obesidade como um problema multifatorial, significa entender suas diversas dimensões e, a partir daí, pensar em estratégias de enfrentamento para além do campo da saúde, envolvendo todo o contexto em que o indivíduo está inserido. Assim, destacamos que a obesidade pode ser causada por fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (Figura 08).

Figura 08. Diversas causas da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014; PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



PARA IR ALÉM!

Você já ouviu falar sobre Ambientes Alimentares e/ou Ambientes Obesogênicos? Estes, são alguns conceitos importantes nessa temática, então vamos conhecê-los um pouco melhor a seguir.

Os **ambientes alimentares** são espaços físicos que envolvem fatores econômicos, políticos e socioculturais, oferecendo condições e oportunidades para o acesso ao alimento pelo consumidor, determinando suas preferências, escolhas alimentares e estado nutricional (GLANZ, *et al.* 2015).

Pode-se afirmar que um ambiente alimentar favorável, caracterizado por maior disponibilidade e acesso a estabelecimentos de vendas de alimentos saudáveis, pode favorecer hábitos alimentares saudáveis e menor prevalência de obesidade. Entretanto, a acessibilidade espacial desses alimentos é apenas um dos múltiplos determinantes de um estilo de vida saudável.

Já o **ambiente obesogênico** refere-se a locais que oferecem poucas opções ou pouca diversidade de estabelecimentos de venda de alimentos, ou ainda, que oferecem escassas oportunidades e estruturas de prática de atividade física (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Acredita-se, dessa forma, que intervenções no ambiente alimentar tem grande potencial como estratégias eficazes para criar melhorias no comportamento alimentar em nível populacional, uma vez que intervenções sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis tanto em relação à alimentação, quanto para a prática de atividade física contribuem na moderação do ganho de peso.

O estilo de vida moderno, como um todo, pode ser considerado uma causa do ganho de peso excessivo, já que o sedentarismo, o aumento do consumo de alimentos rápidos (*Fast food* e ultraprocessados) com alto valor energético, a alta carga de trabalho e o menor tempo disponível para o preparo da própria refeição são fatores marcantes da vida contemporânea.

Entretanto, precisamos entender que as causas da obesidade vão além da alimentação e falta de exercício físico, é necessário conhecer o indivíduo, o território onde vive, assim como sua interação com o meio ambiente, suas relações sociais, condições de trabalho, moradia, dentre outras inúmeras questões. Todos estes aspectos são imprescindíveis no enfrentamento da obesidade e suas possíveis consequências (Figura 09).

Figura 09. Possíveis consequências da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014; PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Ainda, por ser uma demanda crescente e um grande desafio para as eAB/eSF, a obesidade acaba gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde e um maior tempo de espera por atendimento para os usuários do SUS. Assim, percebemos que para além da complexidade das suas causas, a obesidade é também um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras condições de saúde, e essas consequências, acabam aumentando a complexidade do seu cuidado e gerando custos elevados ao sistema de saúde.

Impactos da obesidade na saúde versus a (in)visibilidade da obesidade na APS/AB



VAMOS REFLETIR?

Ei, gestor!

Durante sua experiência na gestão municipal, você já refletiu sobre o impacto econômico que as doenças geram para o sistema de saúde e para a sociedade? Além disso, se atentou que para avaliar o real impacto econômico causado por cada doença é preciso conhecer os custos diretos e indiretos gerados por ela?

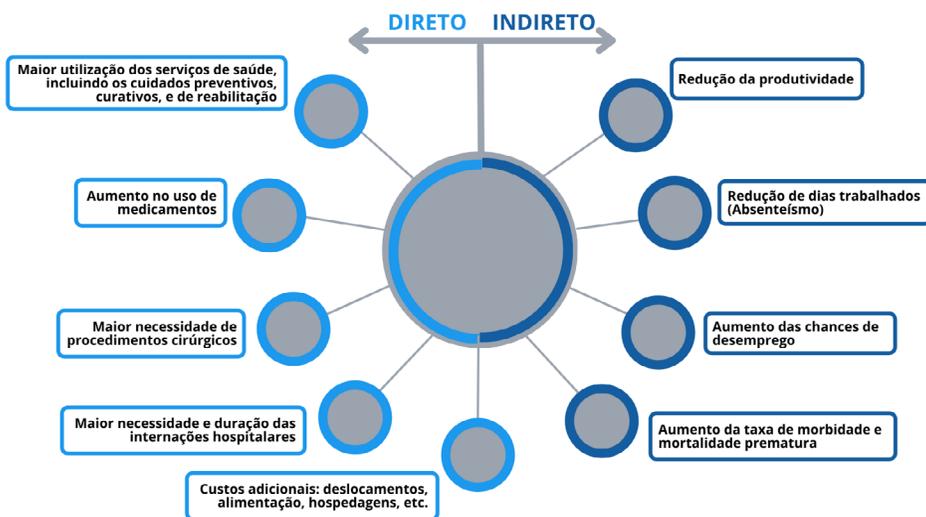
Primeiramente, precisamos compreender que conhecer os custos atribuíveis às doenças nos permite dimensionar a magnitude do impacto das mesmas para o sistema de saúde e para a economia como um todo. Neste sentido, os custos diretos são divididos em custos primários e secundários, e os indiretos estão relacionados à mortalidade prematura e redução da produtividade.

Os custos diretos primários referem-se aos gastos atribuíveis aos serviços e procedimentos ofertados no âmbito da saúde, nos diferentes

níveis de atenção, necessários para a garantia do cuidado e/ou tratamento de condições específicas. Já os custos diretos secundários estão relacionados aos gastos adicionais despendidos durante o período de tratamento ou da busca por atendimento. Ou seja, são os custos com deslocamentos, alimentação, hospedagens, entre outros.

Assim, devido ao fato da obesidade ser uma doença crônica e de natureza multifatorial, ela promove impactos econômicos tanto para os indivíduos, que vivem com esta condição, como também para as nações. De modo que, além dos custos gerados no âmbito da saúde, tal condição promove impactos econômicos de forma indireta, como podemos observar na Figura 10.

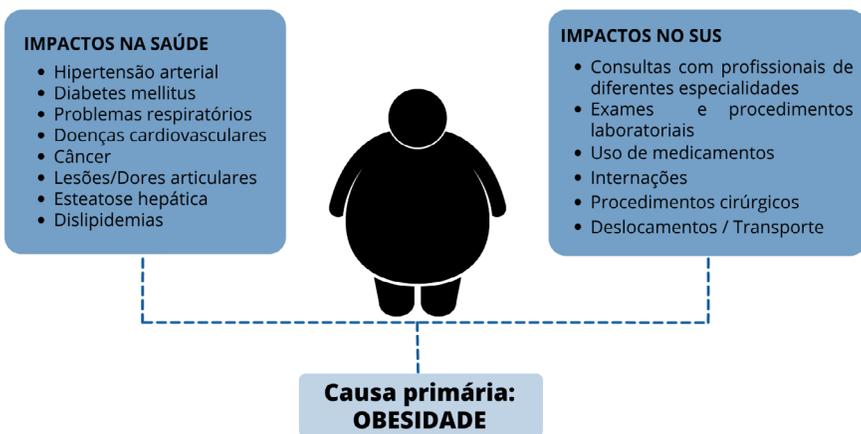
Figura 10. Possíveis impactos econômicos promovidos pela obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de OKUNOGBE *et al.*, 2021.

As DCNTs são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública. A obesidade, além de ser uma DCNT, também se configura como fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNTs; estando associada à perda da qualidade de vida e maiores custos ao SUS (Figura 11). Ou seja, em muitos casos, ela é a causa primária para o surgimento e/ou agravamento de outras condições clínicas; o que exigirá gastos ainda maiores, por parte do sistema de saúde, para dar suporte aos indivíduos que se encontram nessas condições.

Figura 11. Possíveis impactos da obesidade na saúde dos indivíduos e no Sistema de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014; OKUNOGBE *et al.*, 2021.



VAMOS REFLETIR?

Você consegue dimensionar o impacto da obesidade, em custos, para o SUS?

O Quadro 01 apresenta os valores estimados atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade, em conjunto, para o tratamento das mesmas no âmbito do SUS, no ano de 2018.

Quadro 01. Custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade no SUS, em adultos, 2018

VARIÁVEIS	VALOR
Internações	R\$ 3,84 bilhões
Consultas ambulatoriais	R\$ 166 milhões
Programa Farmácia Popular	R\$ 2,31 bilhões

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de NILSON, E. A. F., 2020.

Enquanto que no Quadro 02 está estimado os custos relacionados somente à obesidade, sendo possível comparar os valores dos gastos com a doença isoladamente e o seu impacto ao considerá-la um fator de risco para diabetes, hipertensão e outros desfechos relacionados à doença.

Quadro 02. Custos atribuíveis à obesidade no SUS, em adultos, 2018

CONSIDERANDO A DOENÇA ISOLADAMENTE		CONSIDERANDO A DOENÇA COMO FATOR DE RISCO PARA OUTRAS MORBIDADES	
VARIÁVEIS	VALOR	VARIÁVEIS	VALOR
Custos totais para hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos	Aprox. R\$ 372 milhões	Custos com hospitalizações e procedimentos ambulatoriais	R\$ 669 milhões
		Custos com medicamentos	R\$ 722 milhões
		Custos totais atribuíveis à obesidade como fator de risco	R\$ 1,39 bilhão

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de NILSON, E. A. F., 2020.

Sendo assim, pode-se constatar, através dos estudos, um aumento considerável no custo financeiro da obesidade com hospitalizações e gastos ambulatoriais; visto que em 2011, foi estimado R\$ 488 milhões e, em 2018, esse mesmo custo aumentou 37%, totalizando R\$ 669 milhões. No entanto, deve-se atentar que o impacto econômico da obesidade e morbidades associadas é ainda maior ao considerar os gastos públicos e privados no âmbito da saúde, cuja estimativa, em 2019, chega a US \$14 bilhões de dólares!



PARA IR ALÉM!

Segundo um estudo internacional, foi constatado que os custos totais da obesidade geram um impacto comparável a 1,76% do PIB, em média, nos 8 países avaliados (dentre eles, o Brasil). Considerando somente os resultados relativos à realidade brasileira, também foi estimado que, em 2019, o custo total equivale a 2,1% do PIB do país, sendo que o custo per capita da obesidade era de US \$184 (dólares) (OKUNOGBE *et al.*, 2021).

Todas essas informações nos mostram que, limitar a análise somente aos custos diretos de saúde, pode subestimar significativamente o impacto econômico total da obesidade. Visto que os custos indiretos correspondem a uma proporção maior do custo total (65%, em média).

Porém, tal como acontece com outras doenças, tais custos não devem ser mal interpretados, de modo a culpabilizar os sujeitos com obesidade como responsáveis únicos por apresentar esta condição e pelos gastos proporcionados. Ao invés disso, precisamos nos atentar que as sociedades estão cada vez mais vivendo em um ambiente

obesogênico, que em conjunto com os demais fatores, contribuem para o aumento da prevalência da obesidade e dos impactos econômicos associados ao longo dos anos.



PARA IR ALÉM!

À medida que a obesidade está correlacionada à redução da expectativa de vida, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), prevê que até 2050, 92 milhões de mortes prematuras (entre 30 e 69 anos) podem ocorrer devido a doenças relacionadas à obesidade nos países que compõem a Organização.

Nesse contexto, é importante destacar que, atualmente, no Brasil, o percentual de morte prematura por DCNT já corresponde a 74%. Você já conhecia este indicador? (OCDE, 2019; BRASIL, 2020)

Essas análises promovem um maior embasamento, por parte da gestão, para implementar eixos de ações que visem fortalecer a agenda no âmbito da Alimentação e Nutrição. Pois, é possível identificar, por exemplo, áreas do município ou grupos populacionais mais afetados por esta condição de saúde e que requerem maior intervenção. Além disso, auxilia-os no estabelecimento de prioridades, realização de monitoramento e avaliação; a fim de promover uma maior eficiência para os sistemas de financiamento da saúde.



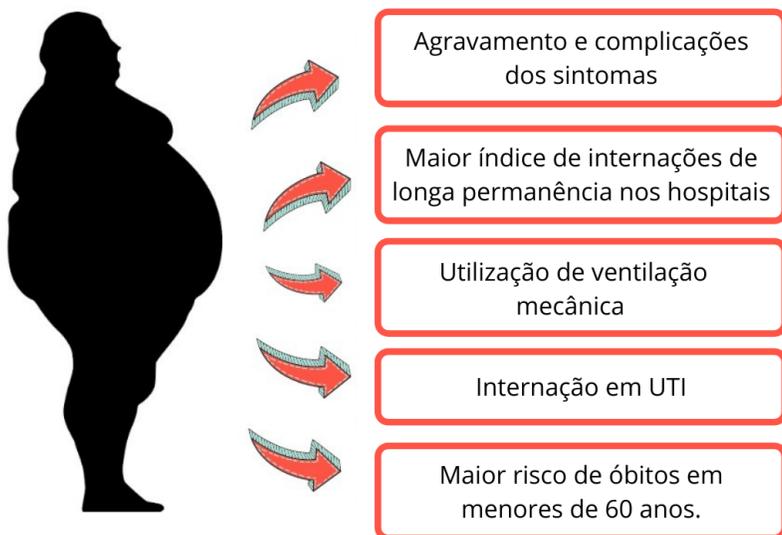
VAMOS REFLETIR?

E, qual a relação do Covid-19 com tudo isso?

É notório que a obesidade recebeu maior atenção nos últimos meses, devido à pandemia que se iniciou em 2020, por estar relacionada ao aumento da gravidade da Síndrome Respiratória Grave por SARS-COV-2, denominada Covid-19.

Ou seja, através desta pandemia podemos observar como as pessoas com obesidade estão sujeitas a diversas complicações de saúde e desenvolvimento de comorbidades, devido às alterações metabólicas e pulmonares referentes à obesidade. Tudo isso, refletirá no aumento dos custos diretos e indiretos ao considerar a relação “Obesidade e Covid-19”; de modo que as possíveis complicações desta relação são apresentadas na Figura 12.

Figura 12. Possíveis complicações que indivíduos com obesidade podem apresentar ao se infectar com Covid-19



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



VAMOS REFLETIR?

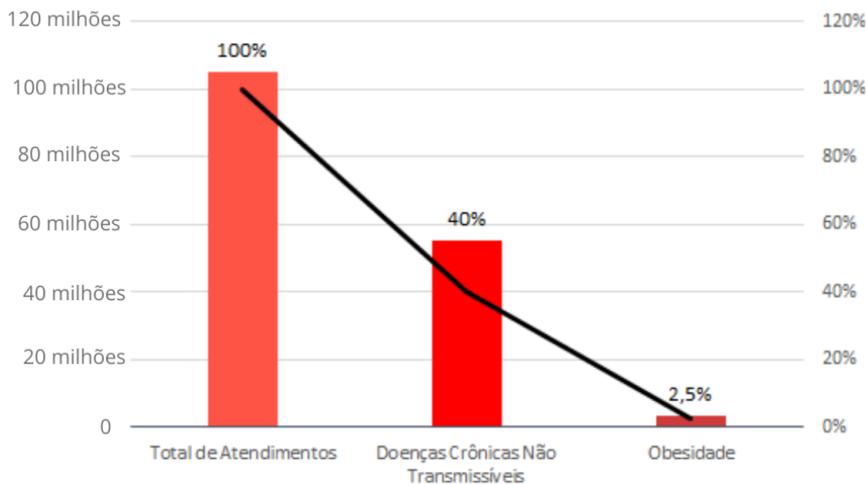
Mesmo com a prevalência crescente da obesidade e sua relação com a qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, será que ela é realmente priorizada no âmbito da saúde?

Sabemos que a obesidade é considerada um problema de saúde pública, e esforços são realizados para tentar frear a crescente prevalência desta epidemia. No entanto, a obesidade ainda se encontra invisível aos olhos de muitos profissionais, e podemos verificar isso por

meio do monitoramento dos dados, registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou inseridos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referente aos atendimentos realizados na APS/AB.

As informações apresentadas no Gráfico 03 referem-se aos atendimentos individuais coletados do SISAB para condições crônicas e obesidade. Através delas, observamos que, mesmo com o fato da obesidade ser uma doença e se configurar um fator de risco para outras DCNTs, ela não é uma condição avaliada nas consultas realizadas na APS/AB.

Gráfico 03. Número de atendimentos total e relativos às DCNTs e obesidade, realizados no Brasil, entre os meses de setembro de 2018 a agosto de 2019



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

No Brasil, a obesidade é o terceiro principal fator de risco que provoca a maior parte das mortes e incapacidades nas mulheres, e o quinto entre os homens. No entanto, menos de 3% dos pacientes atendidos foram identificados com esta condição de saúde, dentre mais de 100 milhões de atendimentos realizados.



SAIBA MAIS!

Para aprofundar os conhecimentos acerca do excesso de peso e obesidade na APS/AB, acesse o arquivo do Ministério da Saúde: **Situação Alimentar e Nutricional no Brasil.**



Infelizmente, esse dado é incompatível com a real prevalência da obesidade, como visto anteriormente; e a partir desta reflexão, fica claro o quão desafiador ainda é desenvolver ações, políticas, programas e/ou estratégias voltadas para o enfrentamento e controle desse agravo; visto que há uma subidentificação dos casos de obesidade atrelado à inconsistência de alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), dificultando assim a realização de um diagnóstico territorial fidedigno.

Conclusão

Por meio dos assuntos percorridos nesta UT, pode-se concluir que ser gestor do SUS é exercer um papel de mediação e estar atento às demandas que surgem, sabendo atuar de acordo com a realidade sanitária do seu município. Dentre as necessidades de saúde da população, atualmente, encontra-se a crescente prevalência de obesidade, existente em todas as faixas etárias, mas que ainda não está sendo abordada com a devida relevância pelos serviços de saúde.

Ao compreender que a causa deste agravo é multifatorial e que ele se configura como um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras condições crônicas, fica mais claro entender que tais consequências aumentam a complexidade do seu cuidado, além de estar relacionada à perda da qualidade de vida e maiores custos ao SUS, direta e indiretamente.

Diante desse cenário, o gestor em saúde precisa estar preparado para liderar sua equipe, e por meio de um conjunto de competências e habilidades, organizar os recursos disponíveis e as ferramentas de gestão necessárias para o enfrentamento e controle da obesidade. Assim, focar em ações que visem à prevenção e controle desta condição podem e devem ser prioridade na agenda da gestão municipal, visto que ainda existe a necessidade de avançar na sua identificação para intervir precocemente, e conseqüentemente, conter o impacto econômico gerado pela obesidade e suas complicações.



Estudo de Caso - Parte 01

(UT01_EC01) Capim Dourado é um município de pequeno porte, localizado no interior do estado do Tocantins, e compõe uma região de saúde com mais seis municípios. É o município da região que vem apresentando maior rotatividade de Secretários de Saúde ao longo dos anos, uma vez que o prefeito atual, reeleito ao segundo mandato, não consegue fixar ninguém no cargo. Então, seu amigo Lúcio, que nunca trabalhou na gestão, aceitou ajudá-lo nesta empreitada.

Assim, Lúcio, o novo secretário de saúde do município, assumiu a gestão em Janeiro de 2021 e está encontrando muitas dificuldades, pois nunca trabalhou na área da saúde; anteriormente, apenas administrava o comércio da família e obtinha sucesso nesta atividade. Ainda nos primeiros dias enquanto gestor do SUS, começou a busca por se apropriar de todas as suas funções, mas se deparou com o desafio da desorganização da gestão e a ausência de um planejamento atualizado, por conta da instabilidade do cargo nos últimos anos.

Certo dia, Lúcio se reuniu na secretaria com Francisco e João, o coordenador e o enfermeiro da UBS Raio de Sol, que apontaram as principais demandas da APS/AB e enfatizaram uma necessidade específica, identificada em uma reunião com a equipe de saúde da sua UBS.

- Uma coisa que temos observado bastante é que os encaminhamentos para tratamento de obesidade e complicações dela têm aumentado. Acho que tem que ser uma prioridade pro município nesta gestão... um plano municipal ou implementação de algo estadual ou nacional para organizar o fluxo de cuidado à pessoa com obesidade, pois existe uma especificidade que não é de Atenção Básica e não temos Atenção Especializada no município. Já chegamos até a pensar em

um fluxograma na própria UBS para facilitar essa organização do cuidado – disse Francisco, o coordenador da UBS.

Sem compreender ao certo sobre a temática, o secretário pediu que o enfermeiro esclarecesse como isso poderia impactar na organização na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município e também nos gastos.

- Bom, o que geralmente acontece é que a pessoa começa a aumentar de peso, aí quando vê está com obesidade. Depois de um tempo, se não tratada, pode ter complicações associadas como Diabetes ou Hipertensão, aí ela precisa de um cuidado continuado com consultas na UBS, remédios de uso contínuo, realizar exames laboratoriais com frequência. Se não conseguir controlar essas condições precisa ser encaminhada para outros profissionais da equipe multiprofissional também para consulta. Tudo isso gera custos para a saúde. E pelo fato de não ter Atenção Especializada no município, se for necessário algum encaminhamento para especialistas, internações ou em casos cirúrgicos, como a Cirurgia Bariátrica, o município ainda precisa arcar com custos para deslocamento e outros gastos necessários para esse tratamento – Explicou João, o enfermeiro da UBS.

A partir desse relato, Lúcio passou a refletir bastante e começou a observar o grande número de serviços ofertados para controle de DCNTs no seu município, e começou a ter um olhar especificamente para a obesidade também.

Considerando o relato acima e as análises orçamentárias do seu município, identifique o quanto é gasto com obesidade anualmente. Em seguida, compare o quantitativo de atendimentos realizados na APS/AB, no ano de 2019, com o número de consultas que identificam a obesidade como uma condição de saúde avaliada, no mesmo período. O que você pode concluir a partir desses dados?

.....
.....
.....

Referências

- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev. Esc. Enferm. USP*, [s.l.], 41 (esp), 2007.
- BERGUE, S. T. *Gestão de pessoas: liderança e competências para o setor público*. Brasília: Enap, 2019. 179 p.: il.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União, outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 44, n. 39, p. 1-7, 2020.
- COSTA, T. R. M. *et al.* A obesidade como coeficiente no agravamento de pacientes acometidos por COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e395997304-e395997304, 2020.
- GILSON, L.; *et al.* Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health research policy and systems*, [s.l.], v. 12, n. 1, p.1-13, 16 jun. 2014.
- GLANZ, K. SALLIS, J. F. SAELENS, B. E. FRANK, L. D. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *American Journal of Health Promotion*. v. 19. n. 5. 2005.
- GRAMIGNA, Maria Rita. *Modelo de competências e gestão dos talentos*. 2. ed.: São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- DA SILVA, R. B. *et al.* Por que a obesidade é um fator agravante para a COVID-19?. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 6502- 6517, 2021.

LOPES, A.V.; PANTOJA, M. J.; GONÇALVES, O.; BILHIM, J. A. F. Profissionalização da Liderança Pública: Uma Revisão da Literatura sobre Valores, Competências e Seleção de Dirigentes Públicos. *Gestão & Conexões - Management and Connections Journal*, Vitória (ES), v. 9, n. 1, p. 8-27, 2020.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e32, 2020.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. Acesso em: 30 nov. 2021.

OKUNOGBE, A. *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ global health*, v. 6, n. 10, p. e006351, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

PINTO, S. L. *et al.* Complexidade da obesidade e desafios para o cuidado. Palmas: EDUFT, 2021.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive medicine*, v. 29, p. 563–570, 1999.

UNIDADE TEMÁTICA 2

GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

.....

**A organização da RAS pautada na
aplicabilidade dos instrumentos de gestão
e das informações em saúde**

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante

TEMÁTICA GERADORA

A organização da RAS pautada na aplicabilidade dos instrumentos de gestão e das informações em saúde.

GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

De que forma o planejamento da gestão municipal e a organização da RAS contribuem para o enfrentamento e controle da obesidade?

Anteriormente, sintetizamos sobre o papel do gestor em saúde, o comportamento epidemiológico da obesidade, especialmente no estado do Tocantins, e o impacto econômico gerado por este agravo e demais condições crônicas no sistema de saúde, enquanto que o foco desta UT é que você compreenda como essa contextualização subsidiará o planejamento da gestão municipal frente às demandas da população.

O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua do SUS, possibilitando ao gestor atuar de forma estratégica, através dos instrumentos de gestão e do processo de avaliação e monitoramento, a fim de ampliar a efetividade das ações e políticas de saúde.

Todo esse processo se inicia com a análise situacional das condições de saúde da população, realizada através dos SIS e inquéritos populacionais que permitam conhecer e acompanhar o perfil epidemiológico do município. Diante desta realidade sanitária, os instrumentos de planejamento e gestão são elaborados a partir de discussões realizadas entre os membros da equipe da SMS, parceiros e nos espaços de pactuação.

Por fim, uma das aplicabilidades do planejamento na gestão municipal refere-se à oportunidade de reorganização do modelo de atenção vigente, visto que a finalidade do sistema de saúde é ofertar o cuidado integral aos indivíduos. Diante da crescente prevalência da obesidade e demais condições crônicas, observa-se a urgência em reorganizar os pontos de atenção, integrando-os em uma rede coordenada pela APS/AB, denominada RAS, para atender a essa demanda de forma ordenada e qualificada, garantindo assim a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ofertado.

Esta Unidade Temática (UT) contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- Reconhecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e seu papel na garantia da longitudinalidade do cuidado aos indivíduos com obesidade.
- Estimular o uso de políticas, programas, instrumentos de gestão, sistemas de informações, estratégias de planejamento e participação social como aliados no controle e enfrentamento da obesidade no SUS, considerando as necessidades individuais e coletivas.
- Reconhecer os componentes da Rede de Atenção à Saúde para assim permitir a estruturação da proposta de organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade conforme a realidade do Município.

Planejamento em Saúde: o percurso dos gestores municipais

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas de governo, devendo ser realizado de forma ascendente e integrada, de modo que cada instância desenvolva suas atividades de maneira funcional. Essa articulação de tarefas é organizada a partir das responsabilidades e atribuições definidas nas legislações, normas e acordos que respaldam o funcionamento do SUS.

Nesse sentido, precisamos compreender que o planejamento é uma forma de trabalho da gestão municipal, de modo que não haverá uma gestão de qualidade sem que o gestor utilize o planejamento durante o processo de trabalho permanente, servindo-o como um guia. Assim, o uso do planejamento na gestão do SUS possui várias aplicabilidades, de modo que ele pode, e deve, ser visto como:

- Método de formulação de políticas;
- Tecnologia de gestão;
- Estratégia de mudança do modelo de atenção;
- Instrumento de regulação, controle e auditoria do processo de produção de serviços;
- Ação comunicativa para o fortalecimento do controle social.

Mas, para que isso ocorra é importante que todo este processo considere a dimensão política e estratégica do planejamento e aconteça de forma participativa, com o apoio do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e de outros atores sociais (membros da equipe, profissionais de saúde, entre outros). Isso permitirá que, a partir de um olhar estratégico sobre uma realidade complexa, possa-se reconhecer os sujeitos

envolvidos e utilizar ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas.

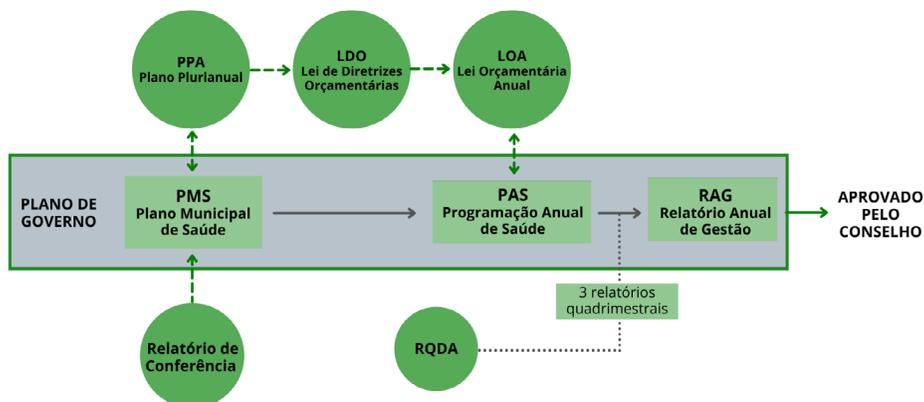
Este método de trabalho é aplicável à rotina dos serviços em saúde, desde o início da gestão, com a elaboração dos instrumentos do planejamento SUS e se estende ao longo do governo por meio do processo de avaliação e monitoramento. De modo a consistir em uma atividade obrigatória da gestão que, realizada de forma regular e permanente, subsidia os gestores com informações possibilitando atuar de maneira mais efetiva sobre a realidade sanitária da população, e redirecionar as ações, visando a melhoria das condições de saúde.

A seguir, abordaremos de forma sucinta cada um dos instrumentos de planejamento e gestão, apresentando informações relacionadas à composição do documento, prazo de envio e vigência.

Instrumentos de planejamento da gestão municipal

Os instrumentos para planejamento e gestão, no âmbito do SUS, se interligam, compondo um processo cíclico que embasará a operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. No entanto, o gestor em saúde precisa compreender cada instrumento, estar atento ao cumprimento dos prazos, além de observar a lógica deste ciclo de planejamento.

Figura 13. Instrumentos de planejamento e orçamento no âmbito da saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASEMS, 2021.

Além disso, conforme ilustrado na Figura 13, é importante ter clareza que os instrumentos de planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, darão subsídio tanto para a gestão do sistema de saúde como também para a questão orçamentária. Vamos conhecê-los melhor, então!

Plano Municipal de Saúde (PMS)

Para a construção do PMS é de suma importância que o gestor em saúde revise os instrumentos anteriores, bem como o plano de governo da gestão e as propostas aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde para subsidiar o planejamento de ações de saúde para o próximo quadriênio.

Após sua elaboração, o PMS deve ser encaminhado para aprovação do CMS, visto que este instrumento deve representar, de fato, uma proposta de enfrentamento das demandas de saúde da população. O conteúdo básico do PMS é apresentado na Figura 14.

Figura 14. Conteúdo básico do Plano Municipal de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptada de CONASEMS, 2021.

Este instrumento deve ser elaborado até o final do primeiro ano de mandato da gestão municipal, e em seguida, submetido à apreciação do CMS. Por este fato, sua vigência se inicia no segundo ano e finda no primeiro ano do governo seguinte, ou seja, tem duração de 4 anos.

Por ser uma importante ferramenta gestão, quando bem utilizado, ela poderá contribuir no processo de:

- Compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal;
- Definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, mediações e ações necessárias para alcançar tais objetivos;

- Definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas;
- Monitoramento e avaliação da gestão.

No entanto, o plano é um documento vivo cujas adequações devem ser feitas quando houver mudanças na realidade sanitária do município e/ou novas pactuações regionais; de modo que tais informações precisam ser inseridas no documento.

Programação Anual de Saúde (PAS)

A PAS descreve anualmente as ações e os respectivos recursos financeiros planejados, bem como os objetivos e metas atrelados às ações. Por ser um instrumento que contribui com o planejamento orçamentário do município, a proposta da PAS (para o ano seguinte) deve ser aprovada pelo CMS antes do encaminhamento da LDO. Desta forma, a proposta da PAS deve ser apresentada até o final do mês de março de cada ano, dos 4 anos de governo; enquanto que sua vigência se dá no ano seguinte.

Relatório Anual de Gestão (RAG)

Este instrumento deve ser elaborado anualmente, contendo as informações apresentadas na Figura 15. No entanto, por se referir à apresentação dos resultados atrelados à PAS, o RAG deve ser enviado ao CMS até o final de março do ano seguinte à sua competência.

Figura 15. Conteúdo básico do Relatório Anual de Gestão



Fonte: Elaboração própria. Adaptada de CONASEMS, 2021.

Vale destacar que o RAG será produzido a partir do compilado dos 3 Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), como veremos a seguir. De modo que, sua validade é anual, sendo seu objeto o ano anterior à sua apresentação. O prazo para sua elaboração e envio ao CMS é até 30 de março.

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

O RDQA deve servir para monitorar a execução do PMS e da PAS, de modo a possuir conteúdo semelhante ao RAG, porém, com foco somente no período quadrimestral. Desta forma, deve conter em seu conteúdo básico: resultados da execução da PAS; recursos aplicados no período; auditorias realizadas ou em execução, e suas recomendações; além da oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/contratada.

Por ter validade quadrimestral, este instrumento deve ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro; referente aos quadrimestres respectivamente:

- Janeiro - abril = até 31 de maio;
- Maio - agosto = até 30 de setembro;
- Setembro - dezembro = até 28 de fevereiro.

Plano Plurianual (PPA)

É um instrumento da administração e planejamento público, de cunho estratégico e político, que contém o plano de trabalho do governo, traduzido em objetivos e programas. Desta forma, este plano define estratégias, diretrizes e metas da administração pública para o período de 4 anos e é a principal referência do município para a elaboração dos demais instrumentos de planejamento.

Assim como o PMS, ele deve ser elaborado no primeiro ano de governo, cujo prazo de encaminhamento ao legislativo é 31 de agosto (quatro meses antes de se encerrar o primeiro exercício financeiro). Sua vigência se inicia no segundo ano e finda no primeiro ano do governo seguinte, ou seja, tem duração de 4 anos.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Este instrumento é composto pelas diretrizes, objetivos e programas prioritários (contidos no PPA) para cada ano de governo, com o propósito de nortear a alocação de recursos, de acordo com a viabilidade orçamentária. Desta forma, deve conter as metas e os objetivos prioritários, orientações para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), quaisquer alterações na lei tributária e de pessoal, a fixação de limites orçamentários para os poderes e critérios para empenho, normas para avaliação e controle, e condições para transferências.

Sua validade é anual, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação, e o prazo de encaminhamento à Câmara de Vereadores é até 15 de abril (8 meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro).

Lei Orçamentária Anual (LOA)

A LOA descreve as ações a serem realizadas pelo governo, estima as receitas e programa as despesas de cada ano, de acordo com as prioridades do PPA e as regras estabelecidas pelo LDO.

Sua validade é anual e o prazo de encaminhamento à Câmara de Vereadores é até 31 de agosto (4 meses antes do encerramento do exercício financeiro). Enquanto que, o monitoramento da execução orçamentária é realizado quadrimestralmente (maio, setembro e fevereiro).

Assim, durante todo o mandato os gestores possuem diferentes instrumentos de gestão para construir e/ou atualizarem, conforme a periodicidade apresentada no Quadro 03.

Quadro 03. Agenda do gestor no âmbito da saúde

INSTRUMENTO	QUADRIENAL	ANUAL	OBSERVAÇÕES
PMS	<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: 1º ano de gestão • Marco legal: Lei nº 8.080/1990
PAS		<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: 30 de março. • Marco Legal: LC nº 141/2012
RAG		<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: 30 de março. • Marco Legal: LC nº 141/2012.
RDQA		<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: Maio, setembro e fevereiro. • Marco Legal: LC nº 141/2012.
PPA	<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: 31 de agosto (1º ano de gestão). • Marco Legal: CF 1988
LDO		<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: Até 15 de abril. • Marco Legal: CF 1988
LOA		<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: 31 de agosto. • Marco Legal: CF 1988.
Conferência de Saúde	<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Prazo: A cada 4 anos ou em período inferior extraordinariamente. • Convocação: Poder Executivo local ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. • Marco Legal: Lei nº 8.142/1990

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2016; CONASEMS, 2021.



VAMOS REFLETIR?

Ei gestor, você compreende qual é o objetivo das Conferências de Saúde e o seu papel no planejamento municipal? Caso ainda não tenha clareza sobre esse assunto, aguarde mais um instante, pois abordaremos sobre isso ainda nessa UT!

A partir de todo o trabalho com a elaboração dos instrumentos do SUS, foram definidas diretrizes, metas e indicadores para o seu município. Tais dados são ferramentas centrais para a realização do monitoramento e avaliação; ou seja, os objetivos e metas definidos no PMS e, anualmente, na PAS definem quais indicadores deverão ser

utilizados neste momento. Para melhor compreensão desses termos e sua aplicabilidade, as respectivas definições estão apresentadas a seguir.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O **monitoramento** refere-se ao acompanhamento, regular e permanente, de metas e indicadores que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde; bem como a comparação desses dados com o planejado. E, a **avaliação** consiste na apreciação dos resultados obtidos, emitindo um juízo de valor a partir do planejado (CONASEMS, 2021).

Por fim, os indicadores são parâmetros qualitativos e quantitativos que possibilitam observar, a partir de mensurações ou descrições, a evolução dos aspectos que as ações e intervenções se propõem a qualificar, melhorar ou, no caso dos problemas, amenizar ou sanar. Eles devem ser passíveis de observação periódica e contínua, sendo elementares no processo de monitoramento e avaliação (CONASEMS, 2021).

Desta forma, podemos observar que os indicadores podem ser trabalhados nos diversos cenários e segmentos na rotina dos serviços de saúde. De modo que, um objetivo ou uma meta deve ter um indicador ou conjunto de indicadores que possibilitem a avaliação e o monitoramento de uma estrutura, processo ou resultado, como apresentado no Quadro 04.

Quadro 04. Exemplos do processo de avaliação e seus respectivos indicadores

TIPO	DESCRIÇÃO / INDICADOR
Avaliação de estrutura	<p>Refere-se a metas, objetivos e indicadores relacionados a recursos humanos, físicos e financeiros.</p> <p>Ex.: expansão do número de eSF/eAB e equipe multiprofissional; disponibilidade de equipamentos adequados para a realização de antropometria e demais cuidados em indivíduos com obesidade (esfigmomanômetro / medidor de pressão arterial, balança, cadeiras, macas, cadeira de rodas, entre outros).</p>
Avaliação de processos	<p>Refere-se às ações, programas e serviços ofertados no campo assistencial; está normalmente associada a indicadores relacionados aos processos de interação entre as equipes de saúde e os usuários.</p> <p>Ex.: realização periódica da VAN, ações de EAN no âmbito do PSE, e registro adequado das informações em sistemas como e-SUS e SISVAN.</p>
Avaliação de resultados	<p>Refere-se à análise do estado de saúde da população.</p> <p>Ex.: taxa de mortalidade prematura; percentual de excesso de peso e obesidade por ciclo de vida; percentual de pessoas hipertensas; percentual de diabéticos.</p>

Nota: eSF/eAB = equipes de Saúde da Família/Atenção Básica; VAN = Vigilância Alimentar e Nutricional; EAN = Educação Alimentar e Nutricional; PSE = Programa Saúde na Escola; SISVAN = Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASEMS, 2021.

Nesse contexto, é válido ressaltar que tais indicadores, definidos pela gestão, precisam receber um nome e uma descrição, referindo o local de onde será extraída a informação ou o dado e, também, a forma de cálculo do indicador. Assim, uma planilha pode ser uma boa ferramenta para organizar esse processo.



SAIBA MAIS!



Você sabia que, no contexto da obesidade, o município de Palmas elaborou o Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade, no ano de 2019? Ele é constituído por 6 eixos estratégicos, numa perspectiva de promoção da saúde; assim, por meio de um Fórum de Pactuação, as ações foram planejadas de forma intersetorial, articulada e com corresponsabilização de todos os setores envolvidos na sua execução.

A fim de exemplificar o que estamos abordando neste tópico, ao final do arquivo está anexado o plano com as respectivas metas e indicadores, definidos pelo município, para serem monitorados e avaliados, visando contribuir no enfrentamento e controle da obesidade. **[Acesse o arquivo na íntegra, aqui.](#)**

Assim, os indicadores que foram definidos nos instrumentos de planejamento, já abordados, precisam estar presentes no RAG e nos RDQA, a fim de possibilitar ao gestor a verificação das metas e objetivos anuais, viabilizando as metas, objetivos e ações definidas no PMS e PAS e até mesmo propor mudanças desses instrumentos, quando necessário.



VAMOS REFLETIR?

Diante de tantos indicadores, qual será a melhor fonte de informações para que o processo de avaliação e monitoramento ocorra de maneira eficiente? Sempre que possível, lembrem-se de vincular tais indicadores aos dados que podem ser observados e acompanhados através dos SIS. Falaremos um pouco mais sobre isso ainda nessa UT!

Por fim, gostaríamos de ressaltar que todo esse método de trabalho para a realização do planejamento de forma contínua e sistemática no âmbito da gestão municipal consiste no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Em geral, ele possui quatro momentos específicos que estão dispostos na Figura 16.

Figura 16. Etapas do Planejamento Estratégico Situacional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2016; CONASEMS, 2021.

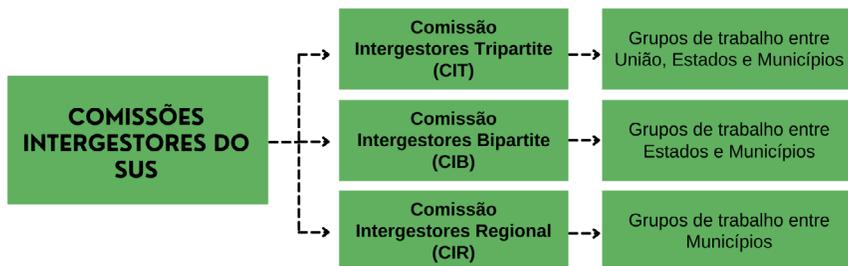
De maneira didática, podemos observar que os 3 primeiros momentos do PES irão subsidiar a elaboração e gestão dos instrumentos de planejamento do SUS; enquanto que o último momento refere-se ao processo de avaliação e monitoramento.

Espaços de pactuação interfederativa do SUS

As comissões intergestores são reconhecidas como foros de negociação e pactuação e têm poder de deliberar sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos do SUS. Ou seja, é um espaço onde serão discutidas e definidas questões referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos e pactuação de metas e responsabilidades entre os três entes federativos.

Existem três comissões, organizadas em nível ascendente e apresentadas na Figura 17, que se reúnem regularmente e a partir de uma necessidade de saúde, definem padrões de intervenção, programas, projetos ou estratégias de atuação, bem como suas fontes de financiamento. De modo que, a proposta elaborada deve ainda passar por apreciação dos respectivos conselhos para aprovação política.

Figura 17. Comissões intergestores do SUS



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL 1990.

Além das comissões intergestores, há também outros espaços de pactuação no SUS, como as Conferências e Conselhos de Saúde (Figura 18). As Conferências de Saúde ocorrem a cada 4 anos, e são compreendidas como grandes fóruns com representação de todos os segmentos sociais. Elas visam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nas diferentes esferas governamentais.

Figura 18. Informações sobre as Conferências de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2013.

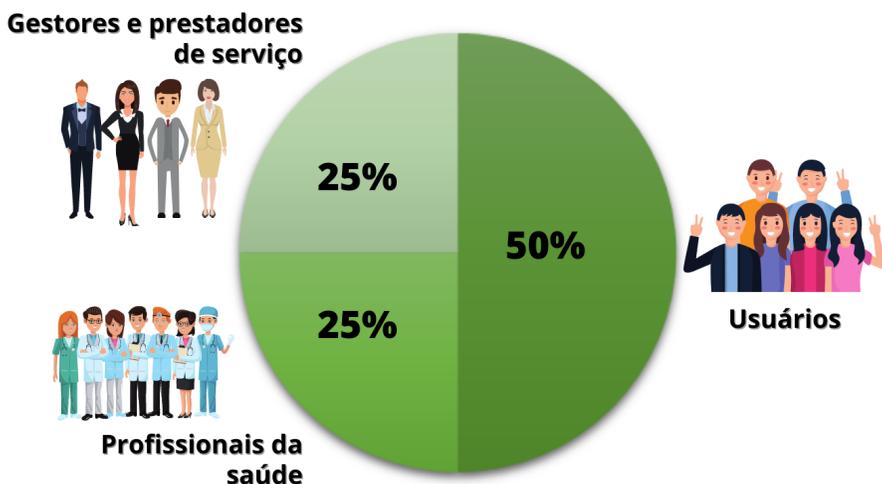
Já os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Seu papel é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Desta forma, os conselhos avaliam e aprovam os instrumentos de gestão e

informam à sociedade sobre a sua atuação. Eles também são formados em cada esfera de governo, havendo:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Conselho Municipal de Saúde (CMS);

Por meio desses conselhos, a comunidade participa da gestão pública através de seus representantes. A composição do colegiado é apresentada na Figura 19.

Figura 19. Composição dos integrantes dos Conselhos de Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2016.



VAMOS REFLETIR?

E qual a relação da obesidade com tudo o que foi abordado até aqui?

Compreender os instrumentos de gestão e como as pactuações ocorrem é de suma importância para que a definição do plano de saúde e as tomadas de decisão partam das necessidades de saúde da população do município.

Na UT1 abordamos sobre a prevalência da obesidade, e você teve a oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada a real situação do seu município com relação a este agravo. Pensando nisso, será que o PMS está de acordo com esta demanda? Ele reconhece a obesidade como um problema de saúde pública e define metas e diretrizes para atuar no seu enfrentamento?



E NO TOCANTINS?

Com a finalidade de identificar as ações e serviços relacionados ao enfrentamento da obesidade no estado do Tocantins, foi elaborado no ano de 2021, um Relatório contendo uma análise descritiva dos PMS relativos ao período de 2018 a 2021.

Para esta avaliação foram definidos 17 termos/palavras-chaves relacionados com a atenção à obesidade, com o intuito de identificar os termos que foram abordados neste instrumento de gestão e que

pudessem representar programas de saúde, atividades relacionadas à alimentação, nutrição e atividade física, além de documentos técnicos que embasassem o planejamento dessas ações.

Dos 139 municípios do Tocantins, o Relatório foi construído a partir da análise de 129 PMS (92,8%) e os principais resultados apontam que os PMS:

- Não continham planos de ação sistematizados para o enfrentamento da obesidade, à exceção da capital do estado;
- Citaram a Academia da Saúde com o maior número de menções associadas a atividades que podem contribuir para o controle do problema;
- Mostravam o SISVAN como sistema usado para monitoramento expressivo do Programa Bolsa Família ou de grupos específicos e não para a população em geral;
- Mencionaram atividades típicas de alimentação, nutrição e atividade física (VAN, EAN e avaliação nutricional) poucas vezes (61 somadas) e de forma não sistematizada em quadros de metas, relacionadas em geral à promoção da saúde, controle das DCNTs ou dirigidas a alguns poucos públicos específicos;
- Não mencionaram o termo NASF/Equipe multiprofissional como matriciador de ações para o enfrentamento da obesidade na maioria das citações relevantes;
- Não mencionaram o termo Programa Saúde na Escola (PSE) como programa que trabalha o problema da obesidade nas escolas;
- Mencionaram apenas a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) como política de saúde com meta de implementação para ações de enfrentamento à obesidade; as demais políticas pesquisadas não apareceram em contextos relevantes.

- Não incorporaram a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) de forma transversal à política de saúde no que se refere à alimentação e nutrição, conforme preconiza a PNAN.



VAMOS PRATICAR?



(UT02_VP01) **Acesse este Relatório** e **faça a leitura dos resultados e do Tópico 6**: “Sugestões para a elaboração do PMS 2021” (pág. 36). Após a leitura, identifique o que não está sendo realizado no seu município e gere uma proposta de inserção no atual PMS, com elaboração de metas no contexto do enfrentamento da obesidade.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Por fim, ao compreender a importância dos instrumentos de gestão e o papel do planejamento como guia do processo de trabalho coordenado pelo gestor, vale ressaltar também que, no âmbito do SUS, a elaboração desses instrumentos são condicionantes para a transferência de recursos financeiros. Você sabe como isso ocorre? Abordaremos sobre isso no tópico a seguir!



PARA IR ALÉM!

Conforme o Boletim Economia da Saúde, podemos observar que, no Brasil, no ano de 2019, foi investido um total de R\$289,6 bilhões de reais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), representando 4,0% do PIB brasileiro. No entanto, através dos dados discorridos na UT1, nota-se que desse total investido, mais da metade está sendo gasto somente com a obesidade, representado por 2,1% PIB em 2019 (BRASIL, 2021; OKUNOGBE *et al.*, 2021).

Diante desses dados, o que pode ser feito? De que forma a gestão municipal pode atuar? É mais vantajoso aumentar os gastos com a obesidade e as comorbidades que promovem perda da qualidade de vida ou valorizar as ações e serviços que foquem na promoção da saúde? Trabalhar somente com a primeira opção, com certeza, é um gasto que não terá retorno!

Gestão financeira e orçamentária do SUS

A gestão financeira do SUS é regulamentada a partir do disposto na Constituição Federal e nas leis referentes ao SUS, como a Lei 8080/1990, Lei nº 8142/1990 e Lei Complementar nº 141/2012, que trazem, por exemplo, a obrigatoriedade dos municípios repassarem pelo menos 15% dos seus recursos à saúde.

Tais recursos podem ser utilizados para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção ou recuperação da saúde; de modo que os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, sendo determinado que a fiscalização dos Fundos de Saúde deve ser executada pelos respectivos Conselhos de Saúde.



SAIBA MAIS!

Acesse as legislações e aprofunde seus conhecimentos sobre a regulamentação da transferência de recursos e financiamento do SUS:

Lei
nº 8080/1990:



Lei
nº 8142/1990:



Lei Complementar
nº 141/2012:



No âmbito da gestão orçamentária do SUS deve-se observar também as determinações dispostas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, além das alterações publicadas pela Portaria nº 2979/2019, também conhecida como Previne Brasil, e a Portaria nº 828/2020.



SAIBA MAIS!

Acesse a Portaria abaixo com suas atualizações e aprofunde seus conhecimentos sobre o gestão orçamentária:

Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.



Vale destacar que o Previne Brasil pode ser compreendido como o novo modelo de financiamento da APS/AB, em que a transferência de recursos federais para municípios é previsto de acordo com os seguintes critérios:

- Captação ponderada: Segundo a população cadastrada e suas características sociodemográficas;
- Pagamento por desempenho: Relacionado aos resultados das equipes de saúde da família, resultados em saúde e resultados globais da APS/AB;
- E incentivo às ações estratégicas, que englobam, por exemplo, o PSE e o Programa Academia da Saúde.

Após a alteração feita pelo Previne Brasil, criou-se a Portaria nº 828/2020, que redefine a transferência de recursos do SUS, organizados em dois blocos e mantendo os critérios obrigatórios para a transferência de recursos, que podem ser observados na Figura 20:

- Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde;
- Bloco de Estruturação da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 20. Critérios de transferência de recursos do Fundo Nacional da Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2017.



VAMOS REFLETIR?

Para aprofundarmos um pouco mais a discussão sobre esta temática, você já ouviu falar no FAN? Sabe como deve ser utilizado no âmbito da gestão?

Aliado aos recursos definidos pelas Leis e Portarias citadas anteriormente, observa-se também o Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) que foi criado como forma de incentivo para a execução das políticas e serviços de alimentação e nutrição, pelos estados e municípios, previstas na PNAN.

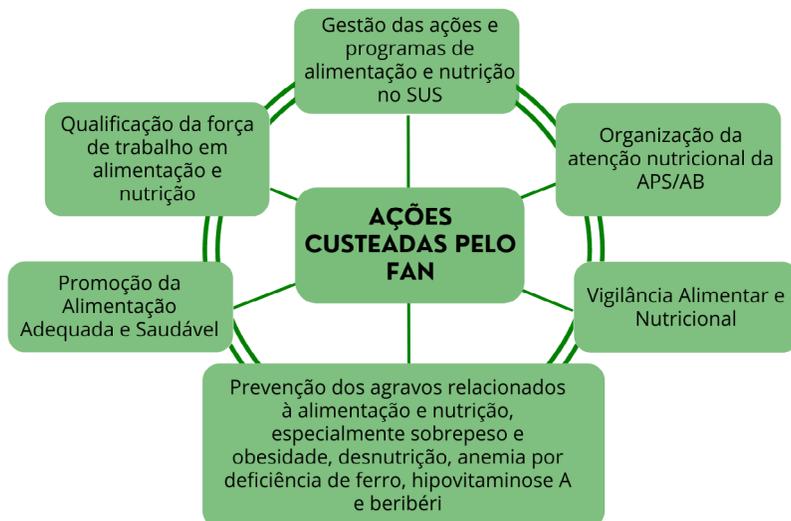


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O FAN, então criado pela Portaria nº 1357 de 23/06/2006 do Ministério da Saúde e revogado pela Portaria nº 1.738, de 19 de agosto de 2013, refere-se ao custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas RAS (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o FAN é fornecido aos municípios com população superior a 150 mil habitantes, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). E, desde o ano de 2017, passou a contemplar também municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes, quando há disponibilidade orçamentária da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição para execução das atividades apresentadas na Figura 21.

Figura 21. Conjunto de ações a serem custeadas pelo FAN



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

É necessário reforçar que o município não precisa apresentar proposta ao Ministério da Saúde (MS) ou se inscrever para receber os recursos, sendo os valores a serem disponibilizados publicados em portaria em cada ano.



PARA IR ALÉM!

Como exemplo da transferência de recursos do FAN no ano de 2021, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1.127, de 2 de junho de 2021, o Estado do Tocantins teve como valor de repasse R\$ 540 mil reais, recebido pelo FAN, além dos seguintes municípios tocaninenses receberem valores entre 12 a 35 mil reais, em consonância com a população cadastrada pelo IBGE: Araguaína, Araguatins, Colinas do Tocantins, Gurupi, Paraíso do Tocantins, Porto Nacional e Palmas (BRASIL, 2021A).

Em alusão ao monitoramento das ações financiadas pelo FAN, esse é realizado pelo MS a partir do acompanhamento dos dados provenientes dos SIS da APS/AB, considerando como indicadores o aumento do quantitativo de indivíduos com estado nutricional e/ou marcadores do consumo alimentar registrados.

Ainda, salienta-se que o planejamento para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, a serem desenvolvidas com o FAN, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e SMS deverá constar no Plano de Saúde e na respectiva PAS das secretarias, com a prestação de contas a ser realizada por meio do RAG. Partindo dessas informações, é importante destacar os diversos fins pelos quais não é permitido uso do FAN, como apresentado na Figura 22.

Figura 22. Despesas não permitidas com o recurso do FAN



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

Ressalta-se também, que além do FAN, existe previsão orçamentária nacional para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), com o objetivo de fortalecer o diagnóstico nutricional e alimentar adequado e humanizado. Assim, esse recurso prevê o provimento de equipamentos adequados para esse fim, sendo ofertados valores definidos de acordo com a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pólos de Academia da Saúde existentes no município.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A Vigilância Alimentar e Nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica (BRASIL, 2013).

Com relação à aquisição de equipamentos antropométricos para a VAN pelos municípios, os gestores e membros de sua equipe devem observar, quando aplicável, a capacidade destes instrumentos, de modo que permitam o diagnóstico da obesidade com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 40 kg/m^2 , aliado à formação de recursos humanos para realização da aferição e inserção dos dados antropométricos no SISVAN.



PARA IR ALÉM!

Com o objetivo de disponibilizar informações sobre as despesas em saúde de Estados, Municípios e Distrito Federal, foi institucionalizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) ainda no ano 2000. Este garante o acesso pela população e gestores para acompanhamento do percentual de aplicação de recursos em saúde. Ressalta-se que é um sistema de alimentação obrigatória pela união, estados e municípios.

Conforme os valores declarados no SIOPS, e apresentados no Boletins Economia da Saúde, nota-se que em 2019 os estados e municípios brasileiros aplicaram em ASPS, em média, 13,5% e 21,4% respectivamente; estando acima do valor mínimo preconizado para ambos (12% para os estados e 15% para os municípios). Neste mesmo ano, o estado do Tocantins, aplicou 16,8%, enquanto que a média de aplicação de recursos dos municípios tocantinenses foi de 17,9% (BRASIL, 2021).



SAIBA MAIS!

Acesse a [página do SIOPS](#) e conheça a situação do seu estado e/ou município.



Gestão da informação em saúde: reconhecendo o perfil epidemiológico da população através dos inquéritos e sistemas de informação

Em conjunto ao SIOPS, existem outros SIS nacionais e inquéritos populacionais que contribuem para o conhecimento e monitoramento das estatísticas de saúde brasileiras, com o intuito de auxiliar os gestores das três esferas na formulação e avaliação de políticas públicas, bem como planejamento de ações e organização dos serviços de saúde, em consonância com as necessidades de saúde da população.

Inquéritos populacionais

No contexto histórico brasileiro, observamos que o primeiro inquérito populacional criado foi no ano de 1967, a chamada Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que foi durante 49 anos um importante instrumento para orientação de políticas de desenvolvimento socioeconômico e melhoria das condições de vida dos brasileiros.



SAIBA MAIS!

Acesse a **página do IBGE** e aprofunde-se sobre a situação socioeconômica ao longo dos anos da sua região de saúde e estado.



Como desdobramentos da PNAD, surgiram outros inquéritos populacionais, voltados para avaliar as condições de saúde, fatores de riscos e a qualidade de vida da população. Vamos conhecer um pouco mais sobre alguns inquéritos populacionais importantes das últimas décadas, focando nos principais dados relacionados à prevalência da obesidade no Brasil, com enfoque na Região Norte do país e no Estado do Tocantins.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

A PeNSE é realizada desde 2009, a partir da parceria entre o MS, IBGE e Ministério da Educação. A PeNSE faz parte das ações do MS de inquéritos de investigação e vigilância da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT entre adolescentes escolares brasileiros, de modo a auxiliar o planejamento de ações, como as desenvolvidas no PSE.

Apesar da última publicação da PeNSE ter ocorrido no ano de 2016, com a divulgação prévia dos dados coletados no ano de 2019 é possível observar que 95,6% dos adolescentes tocantinenses declararam ter consumido algum alimento ultraprocessado no dia anterior, além de que 42,3% declararam ter consumido refrigerante no dia anterior à pesquisa, valor maior do que a média nacional (40,8%).



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os alimentos ultraprocessados “são formulações industriais à base de ingredientes extraídos ou derivados de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido modificado) ou, ainda, sintetizados em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc.). Os rótulos podem conter listas enormes de ingredientes (...)” (BRASIL, 2018).

Destaca-se que o consumo de alimentos ultraprocessados é considerado um fator de risco para a saúde, em especial, para o desenvolvimento da obesidade, e esse padrão alimentar adotado pelos adolescentes tocantinenses pode vir a representar o aumento da prevalência do excesso de peso, obesidade e outras doenças crônicas na fase adulta.



SAIBA MAIS!

Acesse os dados preliminares da **PeNSE 2019** e conheça os indicadores avaliados nesta pesquisa.



Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)

Um dos inquéritos populacionais que avalia as condições de vida dos brasileiros com um maior grupo populacional é a POF, realizada pelo IBGE, com sexta edição referente a 2017-2018, traz dados sobre a estrutura de gastos, rendimentos e avaliação de patrimônio, considerando também auto avaliação subjetiva sobre qualidade de vida dos entrevistados, com análise nacionais, regionais (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste) e diferenciação entre situação urbana e rural.

De forma complementar ao divulgado pela PeNSE, referente à Região Norte do país, observa-se pelos dados da POF 2017-2018 que 21% dos gastos de consumo da população é com a alimentação, tendo os menores percentuais de despesa com a compra de frutas e verduras (2,4%), dado a ser avaliado que pode indicar um baixo consumo desses alimentos, em especial, por populações sem acesso à hortas comunitárias e/ou feiras com preços acessíveis.

Ressalta-se assim, que além do consumo de alimentos ultraprocessados, a baixa ingestão de frutas e verduras também é um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT e obesidade, apontando, por exemplo, a necessidade do planejamento de ações e estratégias intersetoriais para a promoção da alimentação saudável e, portanto, promoção da saúde da população.



SAIBA MAIS!

Conheça a última publicação da POF na íntegra.



Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Além da POF, outro inquérito que traz sobre as condições da saúde da população adulta é a PNS, que surgiu como um suplemento da PNAD, tendo a primeira edição publicada no ano de 2013 e a segunda em 2019. As duas edições contam com a avaliação dos hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, percepção do estado de saúde e outros fatores importantes para o planejamento de ações e estratégias de saúde.



SAIBA MAIS!

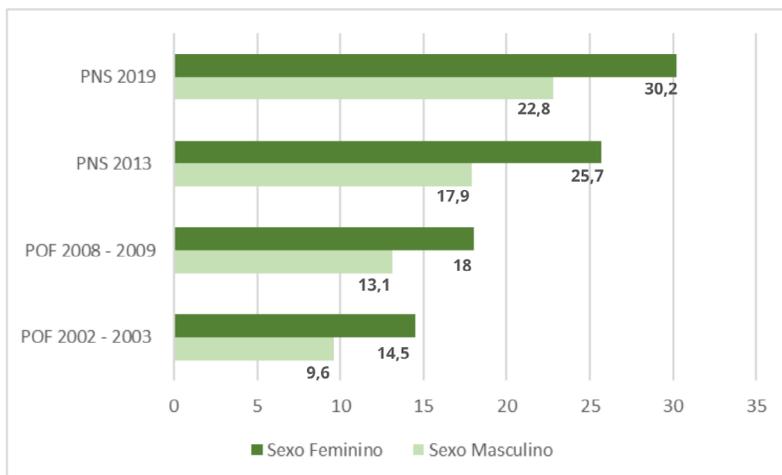
Para conhecer todos os fatores de riscos analisados e as publicações da **Pesquisa Nacional de Saúde** acesse:



Ainda, acerca dos dados avaliados, em 2019, destaca-se que 12% da população adulta entrevistada da Região Norte afirmou consumir alimentos ultraprocessados no dia anterior, sendo maior o consumo em brasileiros entre 18 e 24 anos e do sexo masculino.

Sabendo da relação desse perfil de consumo alimentar com o crescimento do excesso de peso e obesidade, é possível observar o aumento da prevalência da obesidade no Brasil ao longo dos anos, com os dados das pesquisas POF 2002-2003, POF 2017 - 2018 e PNS 2013 e 2019, apresentados no Gráfico 04.

Gráfico 04. Prevalência de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade, por sexo, no Brasil de acordo com os diferentes inquéritos populacionais



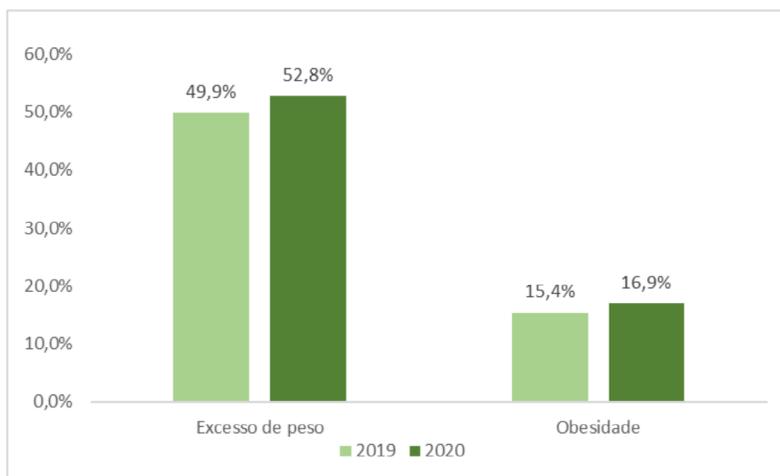
Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)

Este inquérito, realizado pelo MS, é um instrumento de vigilância de fatores de risco de DCNT que auxilia no reconhecimento das condições de saúde da população brasileira, sendo realizado com a população das 26 Capitais e o Distrito Federal, através do contato telefônico.

Assim como os outros inquéritos, o VIGITEL também aponta o crescimento do excesso de peso e obesidade ao longo dos anos, sendo possível observar a evolução da prevalência de casos na capital tocantinense nos últimos anos (Gráfico 05).

Gráfico 05. Percentual de adultos com excesso de peso e obesidade em Palmas, nos anos de 2019 e 2020



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020; 2021.

Pode-se observar que a crescente prevalência do excesso de peso e obesidade pode estar relacionada à mudança do padrão alimentar da população brasileira. Nesse contexto, o VIGITEL apresenta que houve uma diminuição do consumo de porções de frutas concomitante ao aumento no consumo de refrigerantes por adultos de ambos os sexos do município de Palmas.



VAMOS REFLETIR?

Considerando a mudança do padrão de consumo alimentar brasileiro nas diferentes faixas etárias e a crescente epidemia da obesidade apontada por esses inquéritos, você acredita que no seu município são desenvolvidas ações e estratégias específicas para enfrentamento e controle da obesidade?



SAIBA MAIS!

Acesse a última publicação do **VIGITEL** e conheça os outros fatores avaliados nesta pesquisa.



Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Com a implantação dos SIS, as informações produzidas auxiliam na Vigilância em Saúde e na organização da RAS, em consonância com as necessidades da população e, em especial, aos indivíduos com obesidade. Lembrando que por serem sistemas de caráter obrigatório, a não alimentação das bases de dados nacionais implicará na suspensão de recursos, por parte do MS e, conseqüentemente, afetará a execução

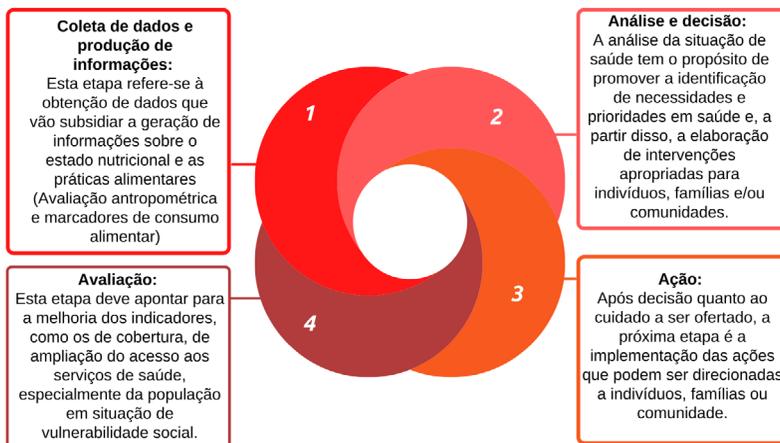
das metas e ações planejadas para o município. A seguir, abordaremos sobre alguns SIS importantes na gestão de informação em saúde.

Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Aliado aos inquéritos populacionais descritos, o SISVAN é um exemplo de SIS que contribui para o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, disponibilizando dados sobre o consumo alimentar e avaliação antropométrica em diferentes faixas etárias.

A sistematização desses dados possibilita seguir o ciclo de gestão e produção do cuidado, que é composto por etapas, realizadas simultaneamente ou em momentos distintos, que orientam as tomadas de decisão dos gestores e profissionais da saúde, conforme a esquematização abaixo (Figura 23).

Figura 23. Ciclo de gestão e produção do cuidado por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional



Fonte: PINTO, S.L. *et al.*, 2021.

Destaca-se também que o SISVAN possui protocolos de periodicidade e acompanhamento, de acordo com o ciclo de vida, que sistematizam o cuidado e padronizam os dados em nível nacional, seguindo os protocolos publicados ainda em 2008.



SAIBA MAIS!

Em caso de dúvidas ou necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o SISVAN, protocolos por faixa etária e orientações gerais para a avaliação nutricional acesse: **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.**



Referente à inserção de dados no SISVAN, trata-se de um sistema que deve ser alimentado regularmente, para evitar possíveis suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica, em que a alimentação irregular do SISVAN é compreendida a partir da ausência do envio de informações por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano.

Em vista disso, a inserção de dados no SISVAN Web deve ser mensal, ressaltando-se que os municípios que adotam o sistema e-SUS APS/AB com preenchimento do PEC ou CDS ocorre a alimentação automática do SISVAN, em que além dos dados inseridos no próprio sistema, também reúne e consolida os registros provenientes do SISAB.

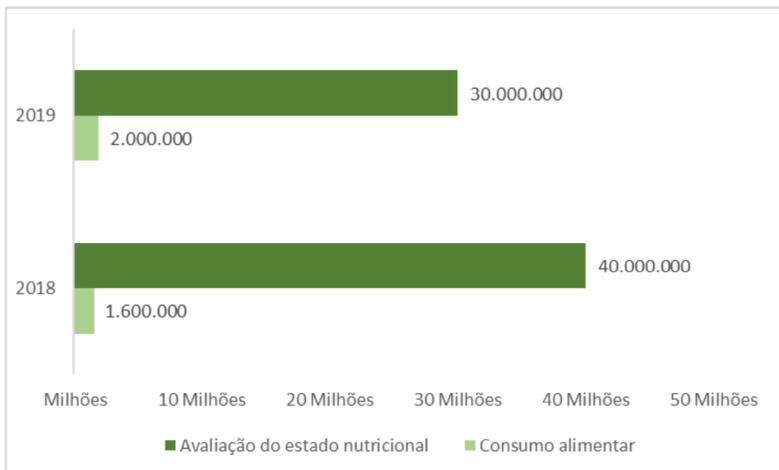


VAMOS REFLETIR?

Será que existem dados epidemiológicos do seu município para auxiliar nessa análise sobre o consumo alimentar e a prevalência da obesidade? E estes dados refletem verdadeiramente a realidade da sua população?

Apesar da necessidade de inserção de dados para avaliação e planejamento das ações em saúde, observa-se ao longo dos anos uma inconsistente alimentação deste sistema. Nesse sentido, foi avaliado o estado nutricional de apenas 20,7% da população brasileira em 2018 e cerca de 14% em 2019, tendo o menor quantitativo de avaliação do consumo alimentar nos dois anos, conforme o Gráfico 06.

Gráfico 06. Número de dados inseridos no SISVAN sobre avaliação do estado nutricional e consumo alimentar em 2018 e 2019



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BORTOLINI, G. A., 2020; BRASIL, 2020.



E NO TOCANTINS?

No âmbito do Tocantins, os dados publicados no Atlas da Obesidade, referente ao SISVAN no ano de 2019, apontam a dimensão da subutilização desse sistema na prática profissional. Visto que, com relação à população idosa, houve uma cidade que apresentou 100% dos idosos avaliados com obesidade, enquanto que em outra não havia nenhum caso de obesidade registrado. No entanto, ressalta-se que foi feita a avaliação do estado nutricional e a inserção dos dados de apenas um idoso em cada município, prejudicando a análise da situação alimentar e nutricional dessa população.



SAIBA MAIS!

Para conhecer a situação alimentar e nutricional do seu município, estado e região, acesse o **SISVAN**.



Desse modo, devido o SISVAN ser um SIS de uso regular entre profissionais e gestores, é de suma importância que todos tenham a compreensão da funcionalidade deste sistema para gerar informações que subsidiarão a tomada de decisão para o desenvolvimento de estratégias e ações, em conformidade com as demandas do território. Sendo que, a nível de gestão, influenciará na definição de metas, indicadores, políticas e programas; e a nível assistencial, na organização do cuidado e oferta dos serviços em saúde.

Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB)

Além do SISVAN, o SISAB, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, permite acesso dos gestores para avaliar os indicadores de desempenho da APS/AB, o quantitativo de atendimentos individuais e atividades coletivas realizados pelos profissionais de saúde, a partir dos dados coletados pelo sistema e-SUS APS/AB, os quais são usados como base para o planejamento em saúde e para o financiamento previsto pelo Previde Brasil.



SAIBA MAIS!

Acesse o **SISAB** e conheça os indicadores de desempenho e outros dados referentes ao seu município.



DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP)

Este SIS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019 e desenvolvido a partir das normas de planejamento do SUS; sua aplicabilidade visa respeitar o ciclo de planejamento da gestão, conforme os objetivos apresentados na Figura 24.

Por ser de caráter obrigatório, deve ser alimentado pelas gestões municipais e estaduais, para registro das informações produzidas nos instrumentos de gestão, bem como anexar tais documentos (PMS, PAS, RAG e RDQA); além das pactuações interfederativas (metas e indicadores pactuados nacionalmente na CIT). Por meio deste sistema, também é realizado o envio dos instrumentos ao CMS, para que o mesmo realize a análise e emita o parecer.

Figura 24. Objetivos do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento

- 01 Buscar o aperfeiçoamento da gestão em saúde
- 02 Facilitar o acompanhamento das políticas de saúde
- 03 Aprimorar o uso dos recursos públicos
- 04 Apoiar os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde
- 05 Dar transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CONASEMS, 2021.



SAIBA MAIS!

O Portal DigiSUS Gestor visa oferecer, aos gestores de saúde, ferramentas que auxiliem no planejamento e gestão do SUS. Acesse, [clikando aqui](#).





VAMOS REFLETIR?

De que forma a sistematização das informações em saúde auxilia os gestores na tomada de decisão?

Como abordamos no início desta UT, dentro da dinâmica de serviço da gestão, ocorre de forma permanente e sistemática o processo de avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde. Tal processo depende também da alimentação regular e de qualidade dos SIS, pois os profissionais envolvidos devem organizar os dados coletados e reconhecer mudanças, sejam elas positivas ou negativas.

Todas as informações, geradas pelos SIS, possibilitarão realizar a Gestão da Informação do âmbito da SMS, cujo processo de trabalho visa obter dados e informações confiáveis que subsidiarão as tomadas de decisão. Mas qual a diferença entre esses dois conceitos?



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Dado se refere a um conteúdo isolado, constituído por um código numérico, símbolo ou termo. Já a **informação** é o valor atribuído ao dado em determinado contexto (CONASEMS, 2021).

Ou seja, o objetivo dos SIS é transformar dados em informação qualificada e contextualizada, agregando significado àqueles valores e que contribua de forma oportuna nos processos decisórios. De modo que, a identificação de mudanças importantes viabiliza um novo momento de avaliação, o que apoiará nas tomadas de decisão a fim de contribuir positivamente com o que foi planejado e estabelecido como meta.

No entanto, a maior parte das informações de saúde do município se originam no nível assistencial, sendo de suma importância fomentar, junto às equipes da SMS, a capacitação dos profissionais de saúde quanto à qualidade dos dados coletados e, posterior, registro nos SIS.

Nesse sentido, os SIS são imprescindíveis para a organização e funcionamento da RAS que, no âmbito do SUS, conta com o apoio de diferentes sistemas para o registro e qualificação dos dados referentes a eventos específicos. Desta forma, eles estão atrelado ao trabalho da Vigilância em Saúde e, assim como o SISVAN e SISAB, são de preenchimento obrigatório, sendo eles:

- SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
- SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento da Gestante
- SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Além disso, o uso do e-SUS APS/AB como sistema de prontuário eletrônico promove a qualificação e envio dos dados, além de permitir a alimentação direta de outros sistemas, como observado no tópico sobre SISVAN e SISAB. No entanto, é facultado aos municípios o uso desse sistema, sendo de responsabilidade do gestor o envio em formato compatível, quando o mesmo desenvolve ou compra outro sistema de prontuário eletrônico. Este deve ser capaz de gerar bancos de dados de qualidade, em formato compatível e ser enviados ao MS, de acordo com os prazos previstos.

O papel das Redes de Atenção de Saúde (RAS) no contexto da Obesidade

Além da sistematização das informações em saúde, a organização da RAS é uma necessidade identificada frente ao aumento da prevalência das doenças crônicas, em especial, a obesidade. Mesmo os dados demonstrando que esta é uma condição invisível para a APS/AB, nota-se que 94,97% dos casos de obesidade são encaminhados para a Atenção Especializada (AE), apontando a falha da APS/AB em oferecer tratamento oportuno aos pacientes com obesidade.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A RAS é constituída por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integram-se por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).



SAIBA MAIS!

Acesse a **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de dezembro de 2017**, sobre as normas das RAS com atenção ao Anexo IV.



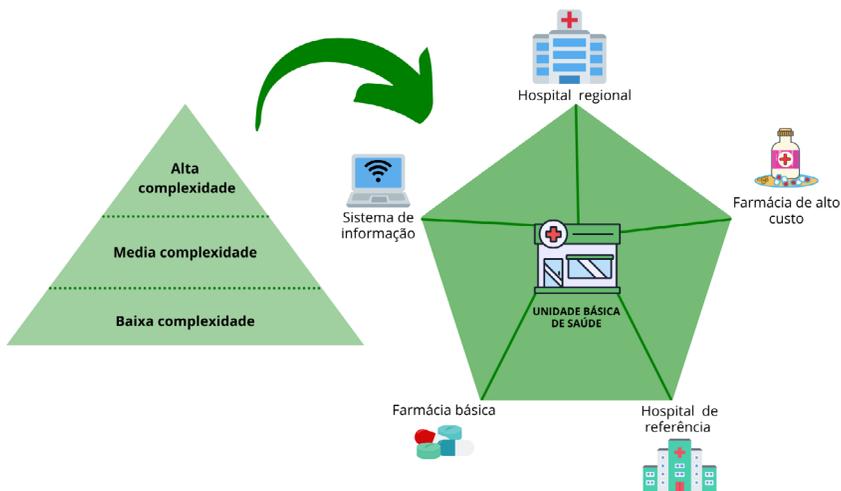
Tal conceito e modelo de atenção tem como objetivo superar a fragmentação do cuidado; visto que apesar dos inegáveis avanços conquistados pelo SUS ao longo dos anos, ainda há obstáculos a serem vencidos, tanto na oferta de ações e serviços de saúde, como também na qualificação da gestão do cuidado.

Desta forma, nota-se que o modelo de atenção à saúde fragmentado, voltado para ações curativas e centradas nos cuidados médicos, com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, apresentam-se ineficazes para o cuidado integral dos pacientes com condições crônicas, entre elas a obesidade.

A atuação isolada dos pontos da RAS, uma vez que não há comunicação na atenção fragmentada, prejudica a continuidade da linha de cuidado dos pacientes com obesidade e torna a rede não resolutive, contribuindo para a sobrecarga de alguns pontos de atenção e o atendimento distante do princípio da integralidade.

Nesse contexto, com aumento na prevalência das condições crônicas e dos fatores de risco, iniciou-se um processo de estruturação de um modelo organizativo de atenção à saúde (Figura 25), cujo intuito é ser eficaz e responder às necessidades de saúde, especialmente às doenças crônicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Figura 25. Mudança na organização do sistema de atenção à saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de UNA-SUS/UFMA, 2016.

Dentre os pontos de atenção que compõem a RAS, vale destacar que há diferentes níveis de atenção à saúde, caracterizados por diferentes densidades tecnológicas. De modo que a APS/AB, Atenção Secundária e Atenção Terciária referem-se, respectivamente, aos níveis de menor, intermediária e maior densidade. Esta organização é indispensável para o uso inteligente dos recursos, estabelecendo o foco gerencial dos entes de governança da RAS.

Em virtude disto, a RAS consiste em uma organização poliárquica, onde não há hierarquia dos serviços de saúde, trata-se de uma rede horizontal em que todos os pontos são igualmente importantes para atingir os objetivos do SUS. Quanto à sua estrutura operacional, observamos entre seus integrantes, a APS/AB sendo o centro de comunicação, tendo sistemas de apoio, sistemas logísticos (como os de identificação de usuário) e o sistema de governança.

Ainda sobre essa estrutura, temos a AE que é composta pelos componentes ambulatorial (Atenção secundária) e hospitalar (Atenção terciária).

No entanto, vale destacar que para que a APS/AB seja a coordenadora da RAS são necessários profissionais tecnicamente eficientes, comprometidos e em quantidade suficiente, que organizem seus processos de trabalho em equipe, de maneira que haja promoção da territorialização, descrição da população adscrita, acolhimento e vínculo, responsabilização, integralidade e resolução de demandas.

Além disso, pode-se afirmar que o objetivo da RAS é melhorar a saúde da população com efeitos clínicos e econômicos medidos, por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, além de ações curativas, reabilitadoras e paliativas, que atuem sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e sobre as circunstâncias de saúde específicas.

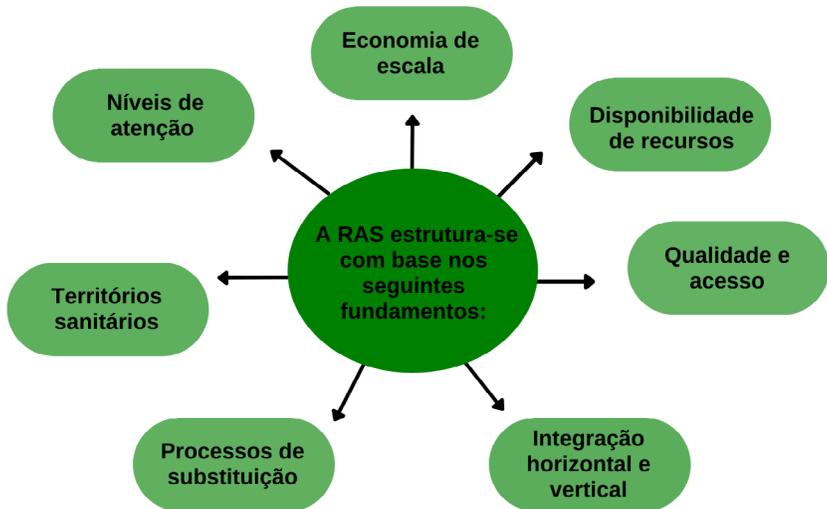


VAMOS REFLETIR?

Você conhece sobre os DSS e sabe qual a sua interferência na qualidade de vida dos indivíduos? Abordaremos sobre eles na próxima UT.

Diante disso para que a organização da RAS seja efetiva, eficiente e com qualidade, deve ser estruturada nos seguintes fundamentos representados na Figura 26.

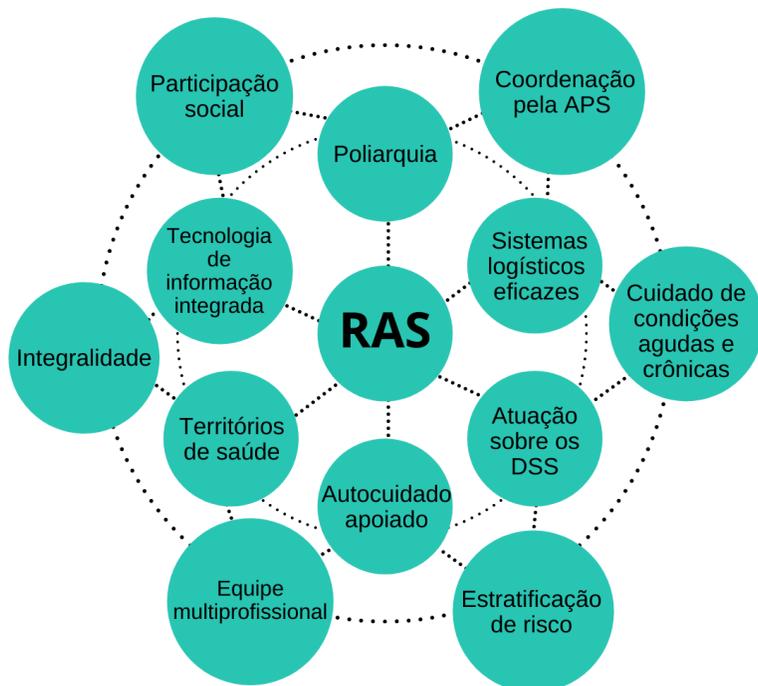
Figura 26. Fundamentos para organização da RAS



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de MENDES, E. V., 2011.

Em resumo, entendemos que a RAS no contexto da obesidade, devem ser organizadas de modo que alcance as necessidades de saúde dos usuários, sendo eficaz, resolutiva, integrada e oportuna, ressaltando o modelo poliárquico, demonstrando a importância de todos os pontos de atenção e favorecendo a comunicação e o desenvolvimento de ações para promoção da saúde. Além das características já citadas, é necessário conhecer outras que compõem esse modelo de atenção, apresentadas na Figura 27.

Figura 27. Características das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Neste sentido, o desafio do gestor é organizar a RAS começando pela APS/AB, fortalecendo sua atuação e de forma que ela coordene toda a rede, tornando-a resolutive; e não apenas aumente a oferta de serviços de média e alta complexidade. Visto que, pelo fato da APS/AB atuar através de territórios de saúde, ela é capaz de identificar as necessidades de cada área de abrangência que compõe o município, promovendo, assim, ações voltadas para a resolutividade dos problemas de saúde encontrados.

Tal característica reduzirá, conseqüentemente, a sobrecarga dos pontos de atenção da média e alta complexidade, visto que a demanda por estes serviços são cada vez maiores quando a APS/AB não reconhece o seu papel e consegue ser resolutiva. Além disso, é de suma importância que os profissionais de saúde compreendam que realizar encaminhamentos para esses serviços, sem a devida qualificação da demanda, não resultará na resolução de problemas e na melhoria da qualidade de vida do usuário; que muitas vezes, encontram-se “perdidos” dentro da RAS.

Desta forma, pautando-se nas características da RAS conheceremos a seguir sobre a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), que foi criada justamente para direcionar o indivíduo dentro da rede e nortear as ações, de profissionais e gestores, no cuidado à população.

Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)

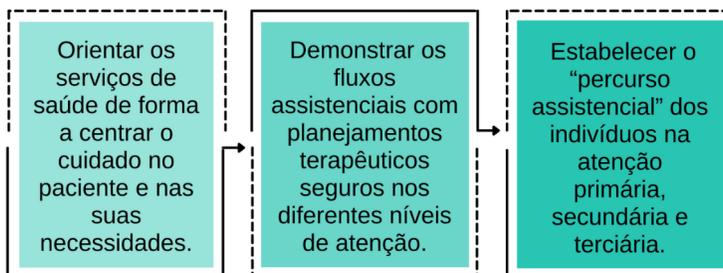


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A Linha de Cuidado é caracterizada por padronizações técnicas que explanam informações sobre a organização da oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, viabilizando a comunicação entre equipes, serviços e usuários, garantindo o cuidado contínuo e integral (BRASIL, 2013).

Tendo em vista a ampliação do acesso aos serviços de saúde, o MS, iniciou a implementação de estratégias chamadas linhas de cuidado, que baseiam-se nas características da RAS e cuja organização deve estar em consonância com as particularidades de cada região, seguindo as diretrizes do MS, para alcançar seus objetivos (Figura 28).

Figura 28. Objetivos das Linhas de cuidado



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

De acordo com a estratégia das linhas de cuidado, a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 reconduz as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS dos indivíduos com doenças crônicas. Dentre as diretrizes da LCSO, destaca-se o diagnóstico nutricional e a estratificação de risco da população baseado no estado nutricional e a existência de outros fatores de risco e comorbidades.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Portaria nº424 19 de março de 2013** e conheça orientações para esta linha de cuidado.



Ainda sobre as diretrizes, podemos ressaltar a investigação e monitoramento das principais causas do sobrepeso e da obesidade em um determinado território ou região de saúde, sendo essencial para a realização de ações intersetoriais que sigam os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Sobretudo, salientamos a importância do financiamento adequado para essas ações intersetoriais, produzidas de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, bem como a garantia da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS) na atenção ao sobrepeso e obesidade, visando o cuidado integral desses indivíduos. Assim, a proposta de LCSO deve abranger as práticas esquematizadas na Figura 29.

Figura 29. Ações da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Nesse sentido, a implantação e implementação da LCSO é fundamental não só para oferecer um serviço de saúde integral e organizar a rede, mas também para reverter o quadro da crescente prevalência da obesidade no país e atuar sobre o impacto econômico gerado, quando o foco está apenas na prevenção da obesidade.



SAIBA MAIS!

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Linha de Cuidado da Obesidade no Adulto:

Acesse aqui, as informações referentes à atuação dos profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção.

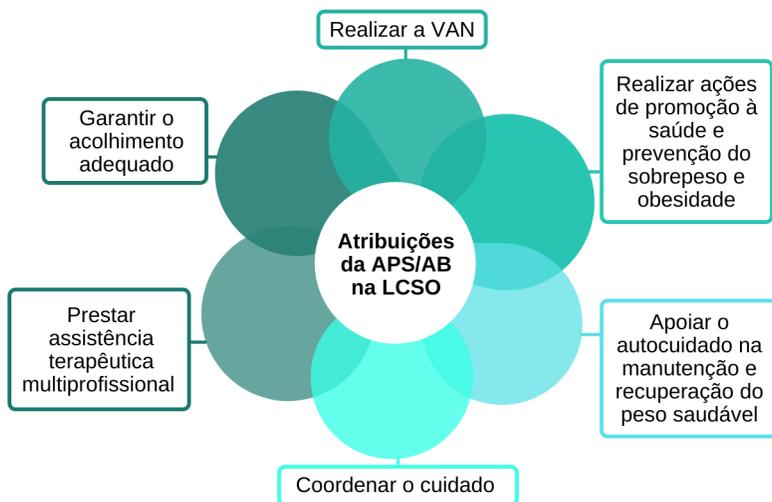


Enquanto gestor, **clique aqui**, para você conhecer os aspectos relevantes para implantação da LCSO e os pontos críticos da mesma nos diferentes níveis de atenção.



Desta forma, a APS/AB possui um importante papel na LCSO por se configurar como a principal porta de entrada, do usuário ao SUS, e por ser a coordenadora do cuidado nos pontos da RAS. Mas, para que ela desenvolva um trabalho que gere resultados positivos na realidade da população, é preciso considerar suas atribuições na LCSO (Figura 30).

Figura 30. Atribuições da APS/AB na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade



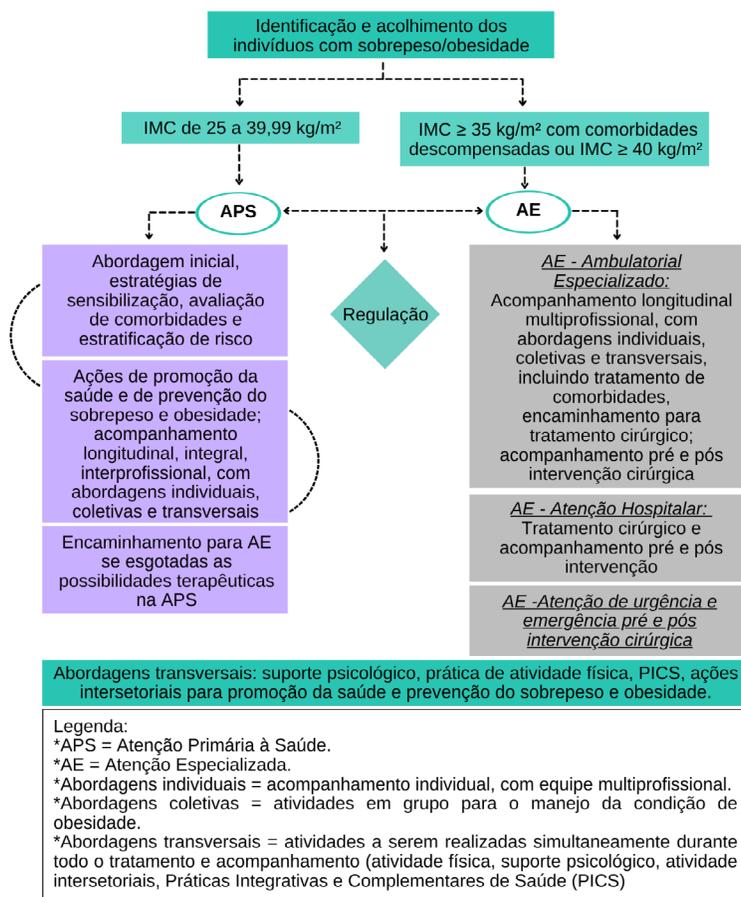
Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Por não ter como objetivo apenas as consultas individualizadas pelos diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde, outros pontos importantes podem ser destacados sobre a LCSO no âmbito da APS/AB: não se limitar a cuidados clínicos; orientar a atenção nos diversos ciclos de vida; incluir ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção; valorizar a importância das PICS; valorizar a participação popular e respeitar a cultura local.

No entanto, alguns casos necessitarão de acompanhamento em outros pontos de atenção por apresentarem um nível de complexidade maior. De modo que o paciente será referenciado, a partir de uma demanda qualificada, para os pontos da RAS que correspondem à AE, à medida que a equipe da APS/AB verificar essa necessidade após iniciar o tratamento.

Com o auxílio da Figura 31, podemos compreender como realizar os devidos encaminhamentos dos usuários com excesso de peso, baseado nas orientações no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em Adultos, elaborado em 2020, pelo MS.

Figura 31. Fluxo de atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade no SUS



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Com o objetivo de ofertar um cuidado integral, tais casos serão encaminhados para a AE onde terão um acompanhamento longitudinal, de acordo com as atribuições de cada ponto de atenção, conforme apresentado no Quadro 05. No entanto, o fato de encaminhar os usuários para os demais pontos da RAS não significa, obrigatoriamente, que os mesmos realizarão um procedimento cirúrgico. Em alguns casos, somente há a necessidade de cuidados que envolvem especialidades que não estão presentes na APS/AB.

Quadro 05. Atribuições da Atenção Especializada na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	COMPONENTE AMBULATORIAL	Acompanhamento interprofissional; Tratamento de comorbidades; Encaminhamento para tratamento cirúrgico; Acompanhamento pré e pós-cirúrgico.
	COMPONENTE HOSPITALAR	Tratamento cirúrgico; Acompanhamento pré e pós-cirúrgico; Atenção de urgência e emergência pré e pós cirúrgico.

Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Vale ressaltar que, mesmo o paciente sendo encaminhado para a média e/ou alta complexidade, a APS/AB ainda é responsável pelo cuidado do mesmo, prestando um cuidado integral e longitudinal, acompanhando sua evolução de forma planejada e organizada. Desta forma, evidenciamos a importância de uma APS/AB fortalecida e comprometida com a demanda da obesidade, pois ela é responsável por conduzir o indivíduo na RAS e auxiliar na adoção de modos de vida saudáveis.

Sob esta afirmação, destacamos ainda que a APS/AB precisa favorecer a organização dos fluxos e serviços, ofertando as consultas programadas e também as demandas espontâneas que sejam voltadas para o sobrepeso e a obesidade. E, a partir deste olhar ampliado e voltado para essas condições, observaremos uma APS/AB resolutiva e eficaz.

Conclusão



Nesta UT sintetizamos sobre os instrumentos de planejamento do SUS e a importância da gestão de informações em saúde para a organização da RAS, aliada a implementação da LCSO, que convergem para possibilitar o desenvolvimento de ações e estratégias para o enfrentamento e controle da obesidade.

Destacamos a importância da gestão e do planejamento para que os objetivos do SUS, assim como seus princípios sejam alcançados. Fortalecendo a APS/AB, organizando a RAS e oferecendo um cuidado longitudinal ao indivíduo com sobrepeso e obesidade. Reforçamos a importância do uso efetivo dos sistemas de informações em saúde para nortear o planejamento e a gestão em saúde, além de apoiar as ações desenvolvidas baseadas nas necessidades da população.

Em síntese, pode-se concluir que uma APS/AB fortalecida e resolutiva proporciona a eficiência da RAS e a diminuição da sobrecarga na média e alta complexidade, por meio da oferta de ações e serviços que contemplem a realidade sanitária do município. Para isso torna-se necessário o amplo conhecimento dos territórios e suas particularidades, com o objetivo de realizar o planejamento consciente e estratégico da RAS.



Estudo de Caso - Parte 02

(UT02_EC01) Em sua primeira reunião com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Lúcio, recém-empossado ao cargo de secretário de saúde de Capim Dourado, iniciou sua primeira vivência na gestão. No entanto, sem experiência no SUS ou mesmo na administração pública, ficou preocupado com tudo que precisava aprender para exercer sua nova função, organizar a RAS, além de ter que manejar tudo isso em meio à pandemia.

Ao final da reunião, Lúcio procurou Carla, a apoiadora de sua Região de Saúde, cheio de dúvidas. Carla estava conversando com Pedro, o secretário de saúde de Estrela do Tocantins, município vizinho, e que percebendo a conversa se aproximou, sendo apresentado ao novo secretário.

A apoiadora explicou à Lúcio a importância de, neste momento, se dedicar à produção dos instrumentos de planejamento do SUS, baseado nos marcos legais e normativos importantes à definição e organização do planejamento e dos instrumentos de planejamento. E, lembrando sua própria experiência ao iniciar no cargo, Pedro contribuiu:

- Lúcio, minha experiência com o PES foi bem interessante! Ele pode te ajudar a identificar os principais problemas e desafios da saúde da sua cidade, definir os objetivos para a gestão e visualizar as ações necessárias para a organização do plano de saúde e, até mesmo, para a organização de sua gestão, de uma forma geral. Pode usar também os sistemas de informação para te apoiar nessa parte. Temos que fazer bom uso de tudo que está ao nosso alcance – disse Pedro, o secretário de saúde de Estrela do Tocantins.

Lúcio comentou sobre as observações que vinha fazendo em seu município:

- Eu ainda não conheço muito os fluxos de organização do município, mas em conversa com o coordenador da UBS e o enfermeiro já sei que existem desafios e problemas que devemos focar. Realmente é tanta coisa que nem sei por onde começar. Será que esse PES pode realmente facilitar essa organização? – Disse Lúcio, o secretário de saúde de Capim Dourado.

Pedro, então, enfatizou:

- Às vezes, somos engolidos pela rotina que a gestão impõe. São muitas demandas que aparecem cotidianamente. Por vezes, acabamos perdendo o horizonte estratégico, mas é importante a construção do planejamento e também da avaliação e monitoramento dos nossos planos. Essa ferramenta com certeza pode facilitar a sua atuação.

A partir da atividade desenvolvida na UT02_VP01 e utilizando os conhecimentos referentes ao Planejamento Estratégico Situacional, elabore um plano de intervenção conforme o modelo disponibilizado, desenvolvendo indicadores de saúde de acordo com as metas formuladas para o seu município no contexto de enfrentamento e controle da obesidade. Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Referências

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e39, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, outubro de 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 8080, 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 8142, 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Obesidade no adulto. 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. 1.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas-PCDT/CGGTS/DGITS/SCTIE/MS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Coordenação-Geral de Economia da Saúde. Boletim Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.127, de 2 de junho de 2021. Habilita estados, Distrito Federal e municípios ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, referente ao exercício financeiro de 2021. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.127-de-2-de-junho-de-2021-324149997>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. 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.html. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.738, de 19 de agosto de 2013. Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1738_19_08_2013.html. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 7 dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Manual do(a) Gestor(a) Municipal. 2.ed. revisada, ampliada. Brasília: CONASEMS, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Painel de Indicadores de Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 9 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: primeiros resultados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE: Tabelas 2019*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=31442&t=resultados>. Acesso em: 28 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 6 dez. 2021.

KLEIN, S. T. R. *et al.* Relatório: Planos Municipais de Saúde do Tocantins - Análise da perspectiva do cuidado com a obesidade. Palmas: Secretaria Estadual de Saúde, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OKUNOGBE, A. *et al.* Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ global health*, v. 6, n. 10, p. e006351, 2021.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp. 1859-1870, 2018.

PINTO, S. L.; DA SILVA, C. A. *Atlas da Obesidade do Estado do Tocantins*. Curitiba: CRV, 2020.

PINTO, S. L. *et al.* *Complexidade da obesidade e desafios para o cuidado*. Palmas: EDUFT, 2021.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís: EDUFMA, 2016.

UNIDADE TEMÁTICA 3

RECURSOS DE GESTÃO NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE

.....

**Da gestão à participação social,
como as políticas e programas de saúde
impactam na obesidade?**

**Bianca Dias Ferreira
Geórgia Corrêa Alencar
Natalia Quaresma de Souza**

TEMÁTICA GERADORA

Da gestão à participação social, como as políticas e programas de saúde impactam na obesidade?

RECURSOS DE GESTÃO NO ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE

Bianca Dias Ferreira

Geórgia Corrêa Alencar

Natalia Quaresma de Souza



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

Como as ações e estratégias de saúde podem auxiliar no enfrentamento da obesidade no seu município?

Chegamos na última UT do nosso curso, ao longo desse caminho compreendemos melhor a realidade epidemiológica da obesidade no estado do Tocantins e o papel fundamental do gestor no planejamento e na gestão das informações de saúde para a consolidação do enfrentamento à obesidade no âmbito da APS/AB.

Dessa forma, a complexidade da obesidade exige o conhecimento de estratégias e recursos eficazes na resolução de conflitos e capazes de facilitar a construção de uma agenda da gestão municipal de saúde

que priorize as demandas da população do município. Logo, as políticas e programas de saúde são importantes aliados da gestão, capazes de impactar diretamente no controle e enfrentamento da obesidade, incentivando ações de promoção da saúde e prevenção desse agravo, pautadas nos princípios do SUS, visando garantir o atendimento integral das necessidades individuais e coletivas.

Nesse contexto, a estratégia de *Advocacy* destaca-se como importante ferramenta no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, capaz de auxiliar na criação e reformulação das políticas públicas em favor das reais necessidades da população. Outros pontos fundamentais são a participação e o controle social dentro do SUS, que possibilitam o diálogo entre sociedade, profissionais de saúde e gestores; permitem ao usuário do sistema de saúde participar da construção de políticas, fiscalizar as ações do governo; além de cobrar ativamente melhorias de saúde e medidas que efetivamente atendam o interesse da população.

Esta Unidade Temática (UT) contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- Compreender a obesidade como problemática de relevância no Estado e Municípios, sua multicausalidade e as estratégias de promoção da saúde e prevenção da obesidade.
- Reconhecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e seu papel na garantia da longitudinalidade do cuidado aos indivíduos com obesidade.
- Viabilizar o manejo adequado da obesidade realizado na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias efetivas que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças e ações intersetoriais no âmbito individual, familiar e coletivo, visando o enfrentamento da obesidade.

- Estimular o uso de políticas, programas, instrumentos de gestão, sistemas de informações, estratégias de planejamento e participação social como aliados no controle e enfrentamento da obesidade no SUS, considerando as necessidades individuais e coletivas.
- Reconhecer os componentes da Rede de Atenção à Saúde para assim permitir a estruturação da proposta de organização da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade conforme a realidade do Município.

Promoção da saúde e prevenção de doenças como estratégias para o enfrentamento da obesidade

Promoção da Saúde



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

A promoção da saúde pode ser sintetizada como ações que visam proporcionar qualidade de vida à população, atuando sobre fatores que determinam as condições de saúde, como os elementos

socioambientais e econômicos de um território. Seu principal objetivo é a chamada “Equidade em Saúde”, ou seja, reduzir as diferenças no estado de saúde da população, além de garantir que todos tenham oportunidades e recursos iguais de acordo com as suas necessidades.



PARA IR ALÉM!

Para efetivar a Promoção da Saúde são necessárias ações conjuntas, com múltipla responsabilização. Assim, são fatores que influenciam na realização da Promoção da Saúde no território (BRASIL, 2010):

- A participação social;
- O desenvolvimento de habilidades individuais;
- As parcerias intersetoriais;
- A reorientação dos serviços de saúde.

São necessárias, portanto, ações que integrem diversas áreas como educação, trabalho, renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura; com políticas e estratégias que possibilitem mudanças nos aspectos social, econômico, político, geográfico e cultural.

Isso se justifica porque a maior parte das doenças acontecem devido à forma como as pessoas “nascem, vivem, trabalham e envelhecem”. De modo que o potencial completo de bem estar físico, psíquico e social, que é compreendido como saúde, só poderá ser alcançado, a partir do conhecimento e domínio dos DSS.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os DSS podem ser sintetizados como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população (BUSS, 2007).

Assim, a partir desse conceito podemos compreender melhor a complexidade do processo saúde-doença, e entender que somente mudanças individuais relacionadas aos hábitos alimentares e à prática de atividade física não são efetivas para a promoção da saúde, justificando a necessidade de ações integradas que atuem sobre os DSS (Figura 32).

Figura 32. Determinantes sociais de saúde



Fonte: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>. Acesso em 13 de dezembro de 2021.

Um exemplo do impacto dos DSS na pandemia da obesidade pode ser analisado por meio do VIGITEL (2020), que apontou que entre as mulheres a prevalência da obesidade diminuiu consideravelmente com o aumento do nível de escolaridade.

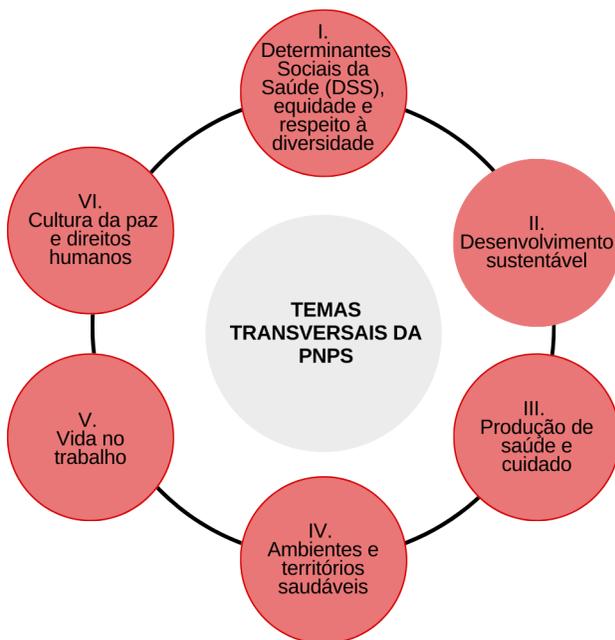


VAMOS REFLETIR?

Você, enquanto gestor do SUS, incentiva a realização de ações de promoção da saúde no seu município? Acredita que as mesmas são efetivas e impactam na qualidade de vida da população saudável como também daqueles que já possuem alguma condição de saúde?

Para o fortalecimento da promoção da saúde no âmbito do SUS é necessário uma comunicação institucional e midiática para promoção da agenda e mobilização. Nesse sentido, a PNPS propõe temas transversais, que são referências para a formulação de agendas e para a adoção de estratégias e temas prioritários, conforme apresentado na Figura 33.

Figura 33. Temas transversais operados em consonância com os princípios e os valores do SUS e da PNPS



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2018.

Assim, para além de uma prática, observamos que a Promoção da Saúde é um marco teórico que deve orientar as políticas públicas considerando atuações intersetoriais, modificação do estilo de vida, reorientação dos serviços de saúde e incentivo à participação da comunidade. Para atuar em Promoção da Saúde, os gestores devem, portanto, dominar este campo teórico e conceitual, conhecendo os seus pilares para poder adotar estratégias e ações efetivas, que tenham como objetivo principal alcançar melhor nível de saúde e condições de vida mais satisfatórias.



PARA IR ALÉM!

O estudo de Silva e colaboradores (2017) verificou que 77% dos gestores da APS/AB entrevistados, se referiram ao conceito de Promoção da Saúde como prevenção e/ou educação em saúde, o que aponta a necessidade de formação destes gestores para que o sentido atribuído ao conceito de Promoção da Saúde se aproxime mais do formulado na Carta de Ottawa. Para saber mais, [acesse o artigo na íntegra](#).



É importante ressaltar que a forma de organização do serviço e as concepções de saúde e de cuidado dos profissionais, interferem diretamente na forma como são realizadas as ações de saúde. Assim, se os gestores e os profissionais compreendem a promoção da saúde como prevenção de doenças, isso reflete nas ações que serão realizadas. Este problema de compreensão conceitual pode ser decorrente da construção histórica da promoção da saúde, termo inicialmente utilizado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva e que foi se ressignificando ao longo do tempo.

Nesse sentido, apresentaremos a seguir o conceito de prevenção de doenças e agravos e uma comparação com o conceito de Promoção da Saúde.

Prevenção de doenças e agravos



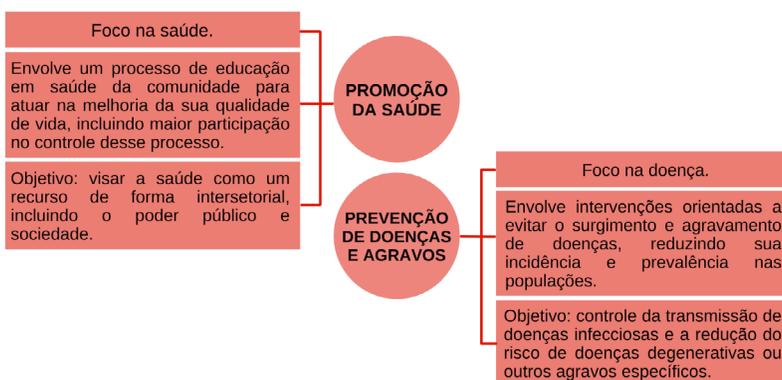
CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A prevenção de doenças é baseada na redução do risco de estar doente, tendo como objetivo o controle da transmissão de doenças e redução de agravos (BRASIL, 2014).

As ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Estas, concentram esforços tanto para reduzir o desenvolvimento, como também o agravamento das doenças prevalentes na população.

Para diferenciar o que são ações de **promoção da saúde e de prevenção de doenças** e compreender melhor essas diferentes estratégias, observe a Figura 34.

Figura 34. Diferenças dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Os programas e campanhas de prevenção da obesidade devem, portanto, possibilitar às pessoas e comunidades a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo os fatores de risco e de proteção à saúde, empoderando os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis baseadas na sua autonomia, não considerando apenas hábitos individuais, mas também influências do estilo de vida.



PARA IR ALÉM!

Um programa muito importante para a prevenção, o controle e o tratamento da obesidade infantil, é o **Programa Crescer Saudável** que propõe ações a serem realizadas no âmbito do PSE, para as crianças matriculadas na Educação Infantil e no Ensino Fundamental I.

As ações que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentarem obesidade. A agenda é coordenada pelo SUS e conta com articulação intersetorial, primordialmente com a Educação, em função da complexidade dos determinantes da obesidade e da influência dos ambientes no seu desenvolvimento.

Por estar inserido no âmbito do PSE, podem participar do Programa Crescer Saudável os municípios que também já aderiram ao PSE, mediante o compromisso de realizar as ações e metas do programa (BRASIL, 2019).

Assim, verificamos que a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos são importantes estratégias que visam a integralidade do cuidado, podendo gerar contribuições reais e efetivas no enfrentamento e controle da obesidade.

Gestão de políticas e programas de saúde, alimentação e nutrição

O município possui papel importante para implantação e gestão das políticas, programas e ações que envolvem a alimentação e nutrição na APS/AB (Figura 35) de acordo com o seu perfil epidemiológico.



VAMOS REFLETIR?

Para aprofundarmos um pouco mais a discussão sobre as políticas de saúde, você já ouviu falar nas políticas relacionadas à alimentação, nutrição e segurança alimentar? Saberá citar a importância dessas políticas no contexto epidemiológico brasileiro ou do seu município?

Figura 35. Políticas, programas e estratégias de saúde, alimentação e nutrição relacionados ao enfrentamento da obesidade



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Essa política tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde.

A promoção da saúde considera a autonomia e singularidade dos sujeitos, coletividades e territórios, considerando modos de viver, organização das escolhas e DSS. De acordo com os valores, princípios, objetivos e diretrizes da PNPS, os eixos operacionais são estratégias para colocar em prática as ações de promoção da saúde. Confira a seguir:

Figura 36. Eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2018.

Além das estratégias, é necessário conhecer as atribuições dos gestores municipais previstas na PNPS, descritas no Quadro 06.

Quadro 06. Responsabilidades dos gestores municipais para a execução da PNPS.

PNPS

Responsabilidades dos gestores municipais

- Promover articulações para implantação da PNPS;
- Pactuar nas Comissões Intergestores as estratégias e aspectos que envolvem as ações da PNPS;
- Apresentar, no CMS, estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde;
- Incorporar ações de promoção da saúde aos PPA e PMS;
- Destinar recursos orçamentários e financeiros para a realização das ações de promoção da saúde;
- Apoiar os profissionais de saúde no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS;
- Promover e realizar a educação permanente dos profissionais de saúde do sistema local de saúde;
- Identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde;
- Promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios;
- Identificar, articular e apoiar a troca de experiências e de conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde;
- Participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;
- Elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;
- Apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionados à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2018.



SAIBA MAIS!

Acesse a PNPS e conheça mais sobre os objetivos, temas transversais, responsabilidades de cada ente federado e o financiamento dessa política.



Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Em consonância com a PNPS, foi criada no ano de 2006 e reformulada no ano de 2017, a PNAB, que considera o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural, visando uma atenção integral à saúde. Além disso, considera fatores determinantes de saúde para o planejamento e a implementação de ações públicas para proteção, recuperação e promoção da saúde e prevenção de doenças. A seguir, estão as diretrizes da PNAB.

Figura 37. Diretrizes da PNAB



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.

Após conhecer as diretrizes da PNAB, observe o Quadro 07 que apresenta as principais responsabilidades dos gestores municipais de saúde no âmbito desta política.

Quadro 07. Responsabilidades dos gestores municipais para a execução da PNAB.

PNAB
Responsabilidades dos gestores municipais
<ul style="list-style-type: none">• Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da APS/AB;• Programar as ações da APS/AB a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;• Organizar o fluxo de pessoas definidos na RAS, inserindo-as em linhas de cuidado;• Estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na APS/AB;• Manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente;

(continua)

- Organizar os serviços para que a APS/AB seja porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;
- Promover a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;
- Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da APS/AB;
- Ser corresponsável, junto ao MS e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da APS/AB;
- Inserir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da APS/AB;
- Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da APS/AB e de ampliação e consolidação da ESF;
- Definir estratégias de institucionalização da avaliação da APS/AB;
- Desenvolver ações, articular instituições e promover acesso para a formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde;
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da APS/AB;
- Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes;
- Garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;
- Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos SIS, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos;
- Organizar o fluxo de pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, visando à garantia das referências aos serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS/AB;
- Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais das equipes da APS/AB.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2017.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017** que reformula a PNAB e aprofunde seus conhecimentos sobre as diretrizes de organização da APS/AB.



Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

Em meio ao crescente contexto de insegurança alimentar da população brasileira, concomitante ao aumento da prevalência da obesidade, criou-se a PNAN, no ano 1999, propondo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde. A PNAN, busca garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, VAN, prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

SAN é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Para o cumprimento dos objetivos dessa política são propostas linhas de ações descritas como diretrizes (Figura 38) aliadas às responsabilidades dos gestores municipais, como podem ser observadas no Quadro 08.

Figura 38. Diretrizes da PNAN



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

Quadro 08. Responsabilidades dos gestores municipais dentro da PNAN.

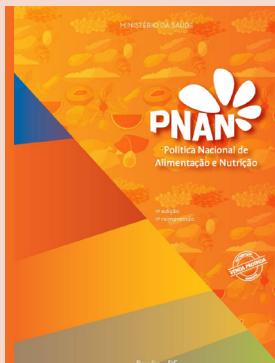
PNAN
Responsabilidades dos gestores municipais
<ul style="list-style-type: none">• Implementar a PNAN, considerando especificidades locais;• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, de forma contínua e articulada com o PMS e o planejamento regional integrado;• Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na RAS;• Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os SIS, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos profissionais da saúde;• Fortalecer a participação e o controle social, no âmbito do CMS e demais instâncias de controle social existentes no município;• Promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e a articulação do SUS com o SI-SAN na esfera municipal;• Viabilizar e estabelecer parcerias com órgãos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, visando à SAN.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.



SAIBA MAIS!

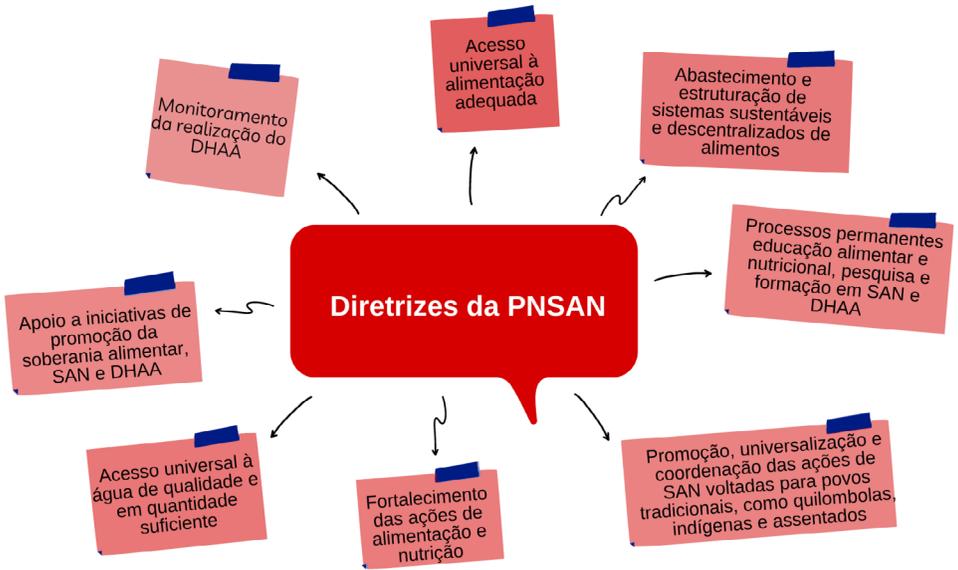
Acesse a PNAN e aprofunde seus conhecimentos sobre a política.



Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)

Aliada à PNAN, a PNSAN tem como objetivo promover a SAN e assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de toda a população brasileira. Veja as diretrizes da PNSAN na Figura 39.

Figura 39. Diretrizes da PNSAN



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2010.

Dentro da PNSAN, os gestores municipais também possuem responsabilidades, conforme apresentado no Quadro 09.

Quadro 09. Responsabilidades dos gestores municipais dentro da PNSAN

PNSAN

Responsabilidades dos gestores municipais

- Implantação de câmara ou instância governamental de articulação intersetorial dos programas e ações de SAN;
- Implantação e apoio ao funcionamento de Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional ou definição de instância de participação e controle social responsável pela SAN;
- Elaboração, implementação, monitoramento e avaliação dos respectivos planos de SAN;
- Interlocução e pactuação sobre os mecanismos de gestão e de cooperação para implementação integrada dos planos nacional, estaduais e municipais de SAN;
- Monitoramento e avaliação dos programas e ações de sua competência, bem como o fornecimento de informações.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2010.



SAIBA MAIS!
Acesse a PNSAN.



VAMOS REFLETIR?
Na sua cidade, existem ações que promovam o enfrentamento da obesidade? Quais políticas e programas são aplicados na prática no seu município?

O Quadro 10 sintetiza os objetivos e a aplicabilidade das políticas de saúde, alimentação e nutrição no contexto do enfrentamento da obesidade.

Quadro 10. Exemplos de políticas de saúde, alimentação e nutrição no contexto do enfrentamento da obesidade, com os principais objetivos e estratégias de execução

Política	Objetivo	Exemplos de como executar a política no município para o enfrentamento da obesidade
PNPS	Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde.	Traçar ações educativas em parceria com as escolas nos programas PNAE e PSE.
PNAB	Ofertar ações de saúde individuais, familiares e coletivas de forma integral e gratuita a todas as pessoas.	Garantia de equipe multidisciplinar para atuar na promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade.
PNAN	Garantir a SAN da população, por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, VAN, prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.	Elaboração da LCSO.
PNSAN	Promover a SAN e assegurar o DHAA de toda a população brasileira.	Seguir o Plano Nacional de SAN vigente; implementar ações de promoção da alimentação saudável para as populações atendidas por programas sociais com ênfase no controle da obesidade.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2018; 2017; 2013; 2010.



SAIBA MAIS!

Acesse a seguir outras políticas que também podem contribuir para o enfrentamento e controle da obesidade:

Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS).



Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).



Para além das políticas públicas, existem também os programas e estratégias para a redução da prevalência de obesidade, que foram separados por eixos de ações intersetoriais pela Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, com a finalidade de promover uma alimentação adequada e saudável e prática de atividade física para a população.



SAIBA MAIS!

Para ler na íntegra os eixos de ações intersetoriais acesse o seguinte documento: **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.**



Eixos de ação intersetoriais para prevenção e controle da obesidade: Programas e estratégias

Eixo 1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis

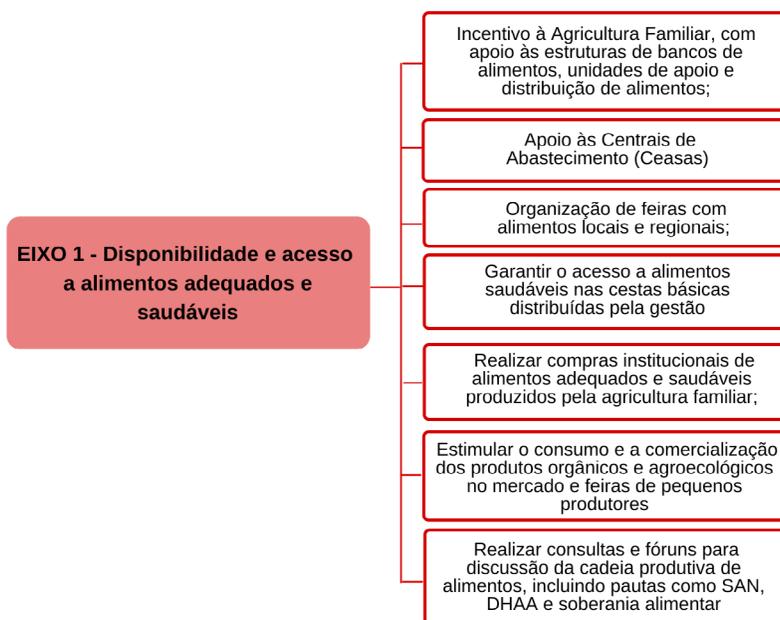


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Este eixo corresponde às ações que facilitam o acesso físico das comunidades e famílias aos alimentos e preparações regionais e culturais, ampliando a oferta de alimentação adequada e saudável e garantindo a SAN (BRASIL, 2014).

Dentro desse eixo, encontram-se equipamentos públicos que disponibilizam refeições, como escolas, creches, presídios, penitenciárias, hospitais, entidades socioassistenciais, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, entre outros. Observe abaixo algumas ações que você pode realizar dentro da temática desse eixo (Figura 40).

Figura 40. Ações que podem ser realizadas pelos gestores no eixo de disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Os programas envolvidos no Eixo 1, que se refere à disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis, são:

Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

Figura 41. Agricultura familiar.

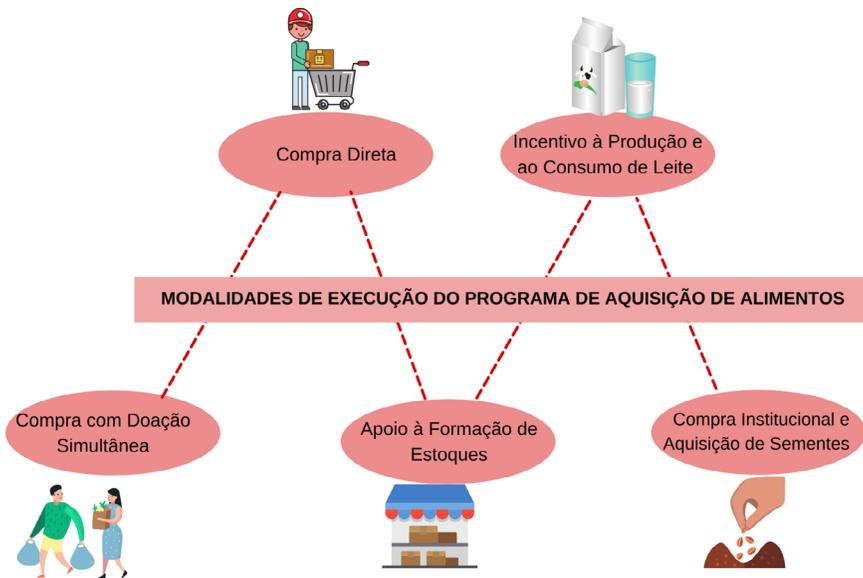


Fonte: Pixabay.

Criado em 2003, esse programa integra o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e possui o objetivo de promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar por meio da compra dos alimentos cultivados por estes produtores (agricultores, cooperativas e associações). Assim, o programa beneficia os fornecedores e os consumidores dos alimentos.

Além disso, o PAA contribui para regular o abastecimento alimentar, fortalecer a comercialização local e regional de alimentos, promover e valorizar a biodiversidade, além de incentivar hábitos alimentares saudáveis. Veja a seguir as modalidades de execução do PAA (Figura 42).

Figura 42. Modalidades de Execução do Programa de Aquisição de Alimentos.



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2012.

Os alimentos adquiridos pelo PAA são destinados para o consumo de pessoas ou famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional, pessoas atendidas pela rede socioassistencial, pelos equipamentos públicos de SAN, e pela rede pública e filantrópica de ensino.



SAIBA MAIS!

Confira neste documento o Decreto vigente referente ao PAA.



Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

Figura 43. Alimentação escolar



Fonte: Pixabay.

A alimentação escolar (Figura 43) é um direito de todos os alunos da educação básica do ensino público. Com isso, o PNAE contribui para o crescimento e o desenvolvimento, aprendizagem, rendimento escolar e formação dos hábitos alimentares saudáveis de crianças e jovens a partir de ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e da oferta de refeições nutricionalmente balanceadas durante todo o período letivo.

Nesse sentido, o PNAE atende alunos da educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias, conveniadas com o poder público. E, os cardápios do programa devem ser elaborados por nutricionistas, respeitando os hábitos alimentares

locais e culturais e priorizando os alimentos da agricultura familiar com os recursos destinados.



SAIBA MAIS!
Fique por dentro das informações
sobre o PNAE.



Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)

Figura 44. Representação de almoço, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira

ALMOÇO



Arroz, feijão, coxa de frango assada, beterraba e polenta com queijo



Arroz, feijão, omelete e jiló refogado



Feijadão, arroz, vinagrete de cebola e tomate, farofa, couve refogada e laranja



Salada de tomate, arroz, feijão, bife grelhado e salada de frutas

Fonte: BRASIL, 2014.

O PAT é um programa do governo, de adesão voluntária, com o objetivo de melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores de baixa renda para promover sua saúde e reduzir o número de casos de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Assim, o programa estimula o empregador a oferecer aos seus empregados, principalmente aqueles de baixa renda, uma alimentação nutricionalmente adequada, por meio da concessão de incentivos fiscais. O empregador cadastrado neste programa pode manter um serviço próprio de refeições, distribuir alimentos ou contratar entidades de alimentação coletiva.



SAIBA MAIS!

Fique por dentro das informações sobre o PAT.



Eixo 2. Ações de educação, comunicação e informação

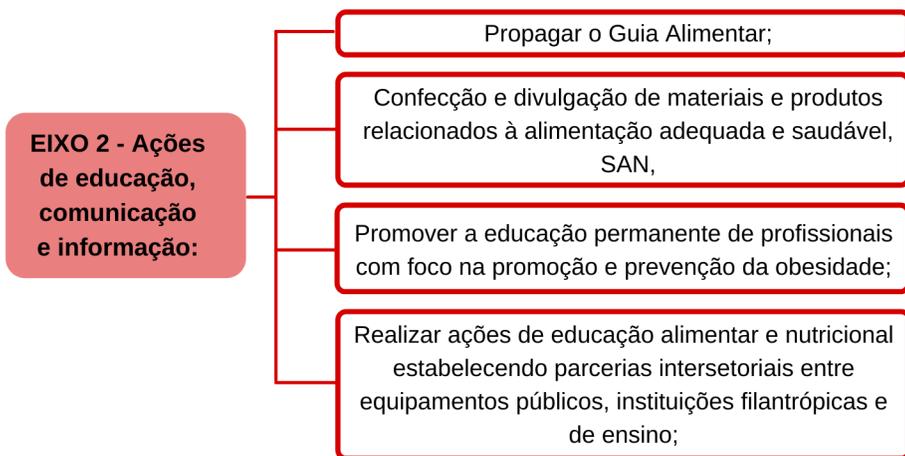


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Esse eixo resulta do diálogo qualificado entre o saber, a cultura popular e o saber técnico que possibilitam a autonomia de escolhas alimentares mais saudáveis pela população. Com isso, possui objetivo de compartilhar conhecimentos e vivências que possibilitem melhores condições de vida, saúde e SAN (BRASIL, 2014).

Sobre o eixo de Ações de educação, comunicação e informação, confira algumas ações e estratégias, como os Guias Alimentares, que você, como gestor, pode colocar em prática (Figura 45).

Figura 45. Ações que podem ser realizadas pelos gestores no eixo de ações de educação, comunicação e informação



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Guias Alimentares

Os guias alimentares são documentos oficiais informativos que apresentam princípios e recomendações para uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, tanto no âmbito individual como coletivo. Além disso, também são considerados instrumentos para realização de EAN, que podem ser utilizados para orientar e auxiliar as pessoas a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A EAN contribui para a realização do DHAA e garantia da SAN, a valorização da cultura alimentar, a sustentabilidade e a geração de autonomia para que as pessoas, grupos e comunidades estejam empoderados para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2014).



SAIBA MAIS!

Conheça o **Guia Alimentar para a População Brasileira na íntegra.**



Conheça o **Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos.**





Acesse o **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**.



Eixo 3. Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos

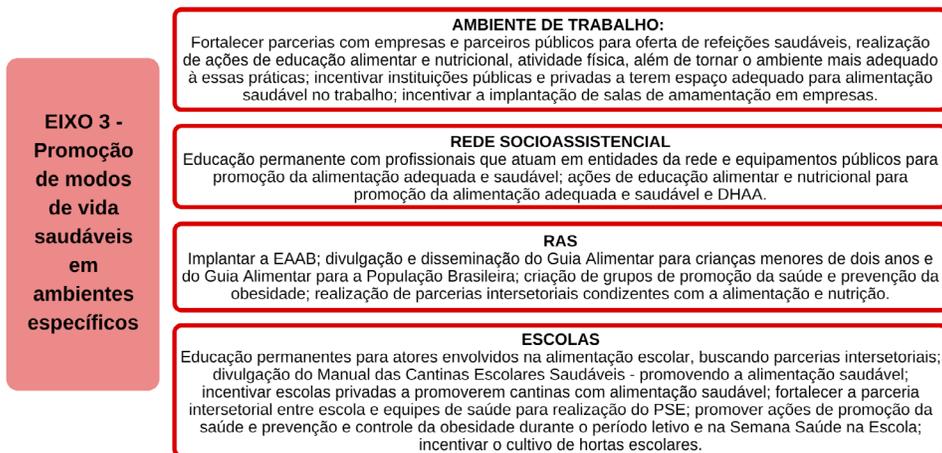


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O Eixo 3 busca viabilizar espaços com ações educativas e de promoção da saúde em relação às escolhas alimentares da população, sendo espaços públicos, ambiente de trabalho, escolas e na RAS. Com isso, os gestores devem possibilitar a adequação dos espaços físicos para a promoção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2014).

Gestor, acompanhe a seguir ações que podem ser realizadas no seu município segundo este eixo de atuação (Figura 46).

Figura 46. Ações que podem ser realizadas pelos gestores no eixo de promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Os programas envolvidos nesse Eixo são: o PNAE, PSE, Programa Academia da Saúde e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

Programa Saúde na Escola (PSE)

Figura 47. Ações na escola



Fonte: Pixabay.

O PSE (Figura 47) constitui uma estratégia para integração e articulação entre a comunidade escolar e as equipes de saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral de crianças e jovens da rede pública de ensino por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O planejamento das ações do PSE deve considerar o contexto escolar e social, diagnóstico local em saúde escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.



SAIBA MAIS!
Conheça mais sobre o PSE.



Programa Academia da Saúde (PAS)

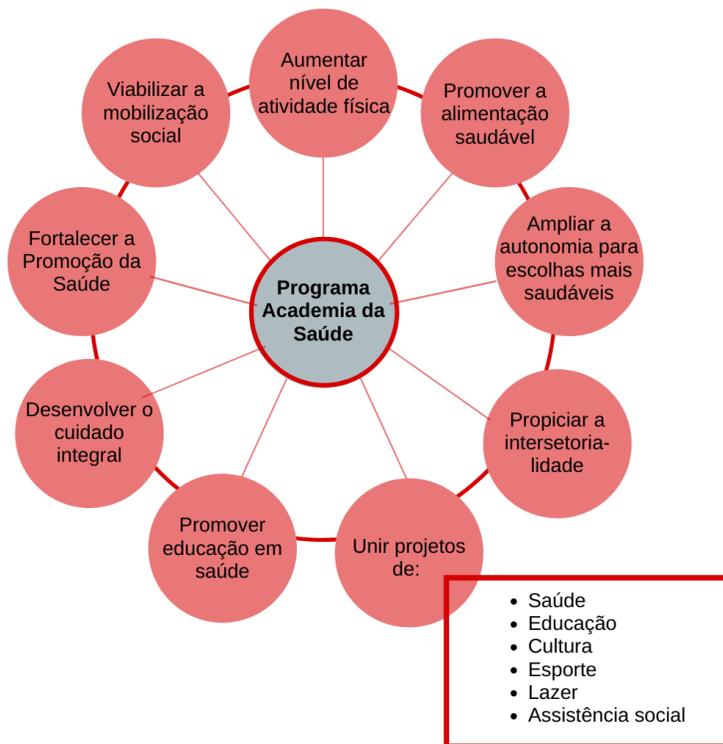
Figura 48. Academia da saúde



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde.
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia>. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

Esse programa (Figura 48), subsidiado pela PNAB e pela PNPS, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado com a implantação de espaços públicos a fim de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida para a população, segundo os objetivos apresentados na Figura 49.

Figura 49. Objetivos do Programa Academia da Saúde



Fonte: PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



SAIBA MAIS!
Conheça mais sobre o PAS.



Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

A EAAB se apoia nas seguintes políticas: PNAB, PNPS, PNAN, Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e na Rede Cegonha. Essa estratégia tem o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da APS/AB com a finalidade de estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS.



SAIBA MAIS!
Conheça o **Manual de Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.**



Eixo 4. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

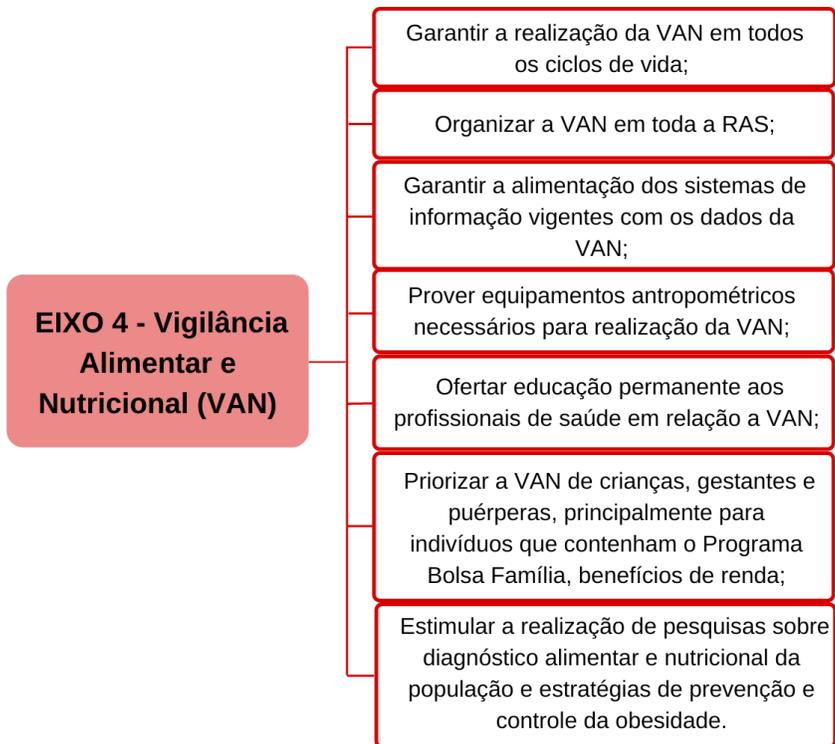


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A VAN consiste no monitoramento das condições de alimentação e nutrição de um indivíduo ou população a partir da coleta e análise de dados da avaliação antropométrica e avaliação dos indicadores de consumo alimentar (CFN, 2008; BRASIL, 2015).

A VAN é uma estratégia fundamental para subsidiar o planejamento de ações para prevenção e controle dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, incluindo a obesidade; visto que o estado nutricional é determinante no desenvolvimento do perfil de morbimortalidade de uma população. Confira abaixo algumas ações que podem ser realizadas pelos gestores neste eixo (Figura 50).

Figura 50. Ações que podem ser realizadas pelos gestores no eixo de Vigilância Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



SAIBA MAIS!

Acesse o **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na APS/AB.**



Eixo 5. Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde

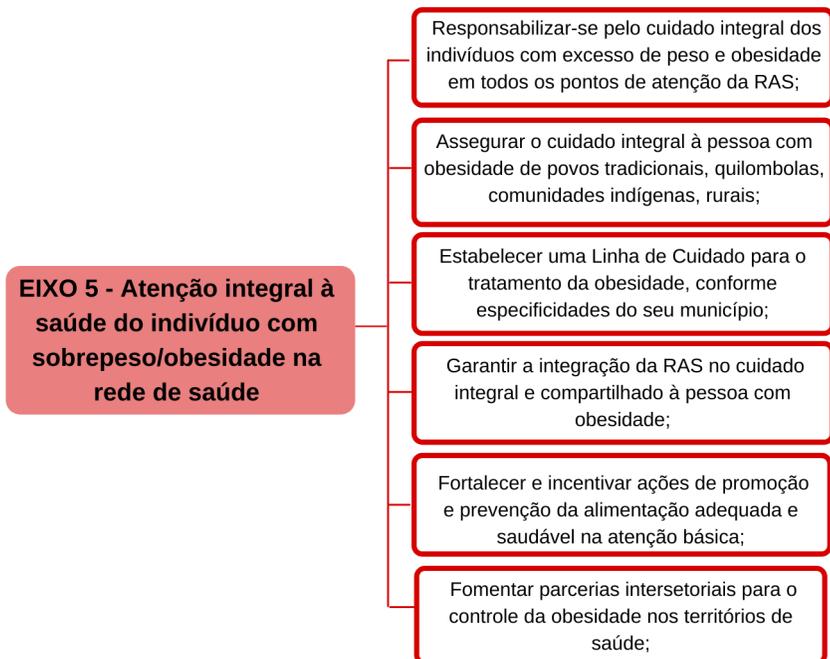


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Eixo que compreende a organização e oferta de ações, pela gestão, de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade e agravos relacionados, considerando as especificidades de indivíduos, famílias e comunidades, como ciclos de vida, gênero e diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2014).

Já que a obesidade é uma doença multifatorial, o planejamento e execução das estratégias devem considerar ações integradas e intersetoriais, focando em mudanças que não se baseiam apenas no consumo de alimentos e prática de atividade física, mas na influência de todos os fatores ligados ao comer, ao corpo e ao viver. Na Figura 51 estão apresentadas algumas ações que podem ser realizadas.

Figura 51. Ações que podem ser realizadas pelos gestores no eixo de Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



SAIBA MAIS!

Conheça as **Linhas de Cuidado** disponibilizadas pelo MS, incluindo Obesidade no adulto.



Eixo 6. Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Eixo que reforça a importância do consumo de alimentos naturais e minimamente processados e garante alimentos com condições ideais de consumo seguindo a qualidade sanitária e inocuidade (BRASIL, 2014).

Para a prevenção e controle da obesidade é necessário melhorar a qualidade nutricional da alimentação da população, reduzindo o consumo de alimentos ultraprocessados e priorizando os alimentos *in natura* e minimamente processados como base de uma alimentação saudável e adequada. A partir disso, os rótulos dos alimentos devem ser claros e simples para o entendimento do consumidor e, nesse sentido, o governo federal desenvolveu algumas ações:

- Monitoramento dos teores de sódio, açúcares e gorduras em alimentos processados realizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Aprimoramento das normas de rotulagem de alimentos embalados para melhorar a visibilidade e legibilidade, facilitando o acesso à informação pelo consumidor;
- Regulamentação do fornecimento de alimentos e refeições para o setor público, garantindo o alcance das recomendações sobre alimentação adequada e saudável;
- Garantir a normatização da rotulagem dos alimentos geneticamente modificados.

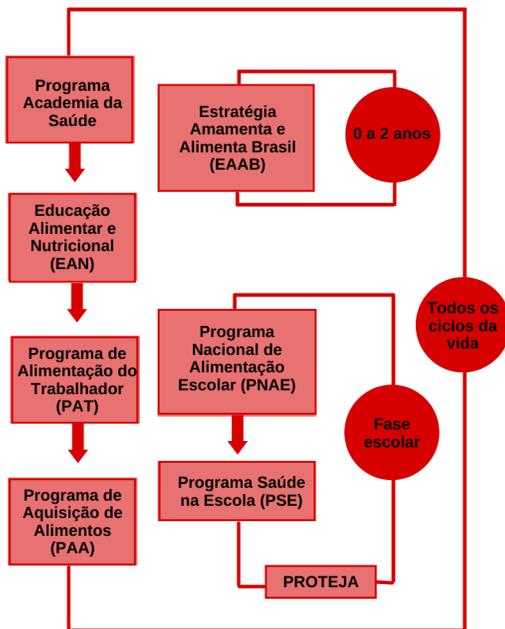


VAMOS REFLETIR?

E você, enquanto gestor, o que pode fazer para reduzir os danos causados pela indústria dos alimentos ultraprocessados e publicidade desses alimentos no seu município?

A Figura 52 representa todos os programas e estratégias de alimentação e nutrição, envolvendo os eixos 1, 2 e 3, para o enfrentamento da obesidade.

Figura 52. Resumo dos principais programas e estratégias para a prevenção e controle da obesidade segundo as fases de vida



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de PINTO, S. L. *et al.*, 2021.



PARA IR ALÉM!

Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (Proteja)

O Proteja é uma estratégia intersetorial, instituída em 2021, voltada para a prevenção e atenção à obesidade infantil e suas consequências, que visa contribuir para o cuidado e para melhoria da saúde e nutrição das crianças.

Os gestores municipais de saúde são os principais responsáveis por essa iniciativa. Confira a seguir os eixos de ação para a implementação do Proteja (Figura 53).

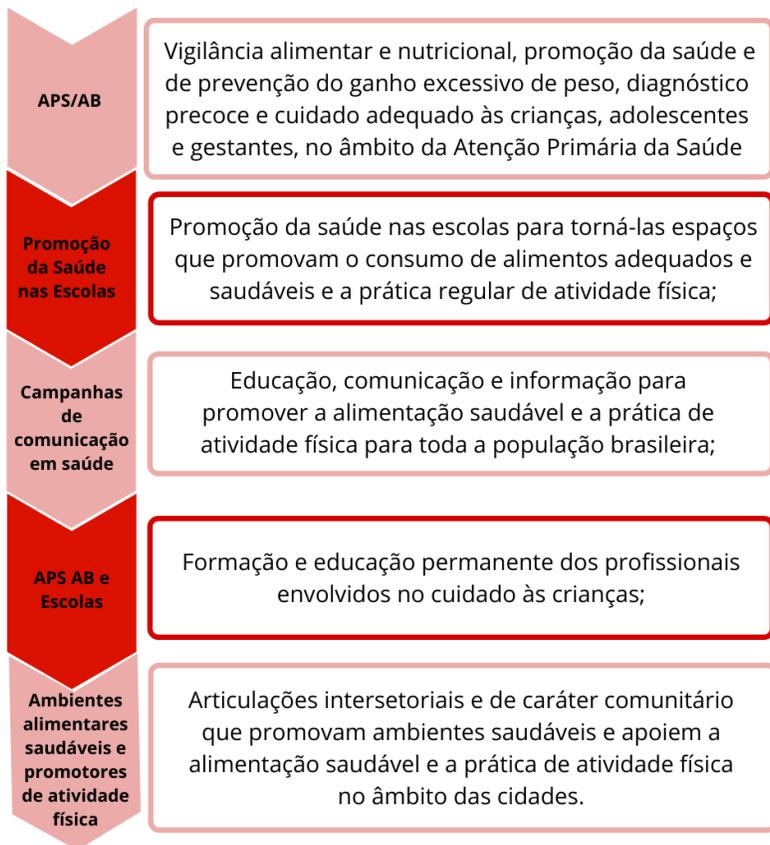


SAIBA MAIS!

Conheça a estratégia **Proteja na íntegra.**



Figura 53. Implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja, segundo eixos de ação



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2021.



VAMOS PRATICAR?

Cite, no modelo disponibilizado, pelo menos três ações realizadas no seu município, identificando as políticas e programas de saúde relacionadas; e se a mesma se classifica como promoção da saúde ou prevenção da obesidade. Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

Exemplo:

- Ação:
- Objetivo:
- Política/programa relacionado:
- Classificação: Promoção da saúde ou prevenção da obesidade

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Advocacy como estratégia para inclusão da alimentação e nutrição na agenda política e apoio à tomada de decisão

Advocacy é um termo amplo e que no Brasil ainda é de difícil tradução. Quando relacionado à saúde e gestão pública, podemos conceituá-lo da seguinte forma:



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

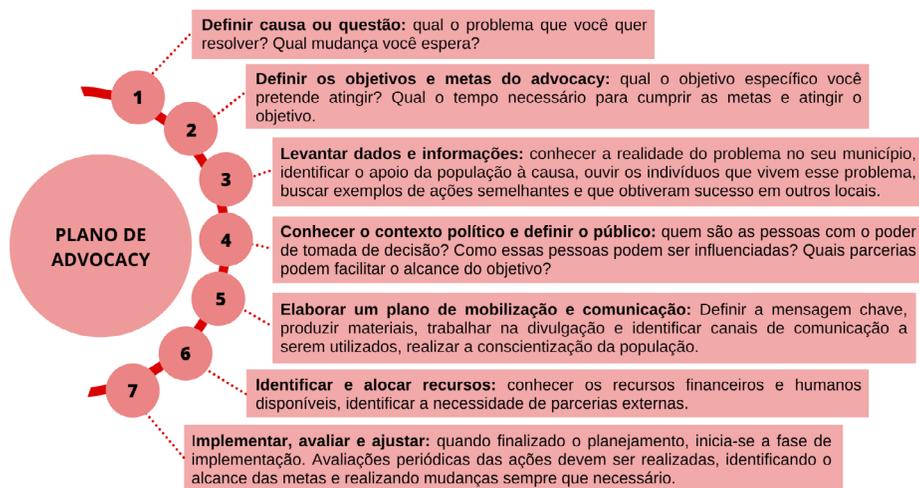
Advocacy é um processo de reivindicação de direitos que tem por objetivo influir na formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades da população (CRA-SP, 2018).

Nesse sentido, podemos entender o *advocacy* como um conjunto de estratégias, ferramentas e ações, que visam causar uma transformação no contexto social e de saúde da população, buscando a criação ou o fortalecimento de políticas públicas já existentes para promover mudanças do nível local ao nacional. Diante da complexidade do enfrentamento da obesidade e da dificuldade de colocar em prática as políticas públicas, o *advocacy* permite a participação social na busca de direitos no SUS.

Não devemos confundir a prática do *advocacy* em saúde com a advocacia tradicional, já que a primeira não visa o interesse particular apenas de um indivíduo e sim problemas da coletividade. Assim, qualquer indivíduo pode colocá-lo em prática, defendendo interesses e direitos sociais e buscando influenciar aqueles com o poder de decisão.

Na Figura 54, podemos ver alguns elementos sugeridos na construção de um plano de *advocacy*.

Figura 54. Elementos sugeridos na construção de um plano de *advocacy* para o controle e enfrentamento da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de ACT Promoção da Saúde, 2016.

No Brasil, apesar de ainda ser pouco explorado, o *advocacy* é amplamente praticado por Organizações Não Governamentais (ONGs) na busca de consolidação de direitos. Exemplos disso são a criação de abaixo-assinados, manifestações, debates e reuniões, que visam mobilizar a população e os canais de mídia a fim de pressionar o governo na criação ou execução de uma política.

Um exemplo real da prática de *advocacy* é o trabalho realizado pela paquistanesa Malala Yousafzay, ganhadora do Nobel da Paz em

2014, que luta pelo direito das mulheres à educação. Após sofrer um atentado por defender que meninas tenham acesso à escola, ela viaja o mundo em busca de mobilizar e influenciar pessoas e políticas buscando mudanças em legislações e culturas que proibam meninas de frequentarem a escola.

No contexto de enfrentamento à obesidade, o *advocacy* é uma estratégia que permite ao gestor e profissional de saúde definir de maneira efetiva a agenda de promoção de saúde e prevenção da obesidade no seu município, identificando os principais desafios nesse contexto e planejando soluções a curto, médio e longo prazo. Assim, ações relacionadas à alimentação e nutrição devem ser prioridade na agenda local e serem levadas em consideração diante da tomada de decisão por parte dos gestores, incluindo nesse processo a participação dos indivíduos que vivem com obesidade e conhecem verdadeiramente essa realidade.



VAMOS REFLETIR?

Você, gestor, possui em seu município um plano voltado ao enfrentamento da obesidade? Quais as metas a serem alcançadas? Quais atores participaram dessa construção?

Por fim, para que o *advocacy* seja colocado em prática, como uma estratégia eficiente de promoção da saúde, faz-se necessário a articulação de todas as esferas do governo, a participação ativa dos conselhos de saúde e segmentos da sociedade civil, visto que, essa prática busca uma democracia justa, com fortalecimento da participação dos diferentes atores sociais, buscando a equidade em saúde.



SAIBA MAIS!

Para entender um pouco mais sobre o *advocacy* e seu impacto nas políticas públicas, acesse o site do **Centro de Liderança Pública** existente no Brasil e assista o vídeo.



Participação e controle social

Desde a Constituição Federal de 1988, todos os indivíduos, através de organizações representativas, têm a sua participação garantida na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. Dessa forma, o SUS tem como um dos seus princípios a participação popular, consolidando o caráter democrático e participativo na construção das políticas públicas no Brasil.

A Lei nº 8.142 de 1990 regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, como locais para a promoção do exercício, da participação e do controle social, visando a formulação de estratégias, avaliação e execução das políticas públicas de saúde. Logo, constituem espaços importantes para a discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.



VAMOS RELEMBRAR!

Revisitando a UT2, você pode encontrar mais informações sobre os Conselhos e Conferências de Saúde.

Nesse contexto, uma importante ferramenta é a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), cuja definição é apresentada a seguir.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei nº 8.080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 2013).

Espera-se que a criação desta comissão, nos níveis municipais e estadual, resulte em uma maior atenção às questões de alimentação e nutrição dentro dos conselhos de saúde, promovendo o fortalecimento das ações relacionadas à PNAN e garantindo o direito à saúde e alimentação.

Ressaltamos que o controle social e a participação da comunidade são elementos essenciais dentro de diversas políticas públicas que auxiliam no enfrentamento à obesidade, como a PNAN, PNAB e a PNPS.

E, apesar de ambos os termos estarem diretamente relacionados e garantidos na Constituição Federal, devemos destacar que tratam-se de conceitos diferentes, como podemos observar na Figura 55.

Figura 55. Diferenças entre participação e controle social



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2015.



VAMOS REFLETIR?

Você, gestor, acredita que a participação popular é efetiva no seu município? Ou existem desafios a serem superados?

No âmbito do SUS, são identificados alguns desafios associados a uma menor participação popular, sendo eles:

- Desconhecimento dos usuários sobre seus direitos e sobre a existência das conferências e conselhos de saúde;
- Ausência de ampla divulgação das reuniões e de mobilização social;
- Falta de critérios na escolha de conselheiros e quebra no princípio da paridade;
- Baixa participação dos conselheiros de saúde nos colegiados;
- Falta de compromisso dos conselheiros com a população que representam;
- Ausência e/ou inadequada capacitação dos representantes populares devido à educação permanente insuficiente;
- Existência de influências e disputas políticas entre os membros dos conselhos, favorecendo práticas autoritárias e revanchismo político;
- Representações que visam os interesses próprios, desconsiderando interesses em prol do bem coletivo;
- O distanciamento entre membros do conselho e representados interferindo na legitimidade da representação;
- Deficiência estrutural desses espaços públicos, incluindo sede própria e equipamentos básicos;
- Falta de apoio administrativo, operacional e financeiro.

Desta forma, embora a participação social seja um direito garantido na Constituição Federal, ainda existem diversos obstáculos para o efetivo envolvimento da população na formulação e controle de políticas públicas de saúde. De modo que é de fundamental importância que ocorra um maior estímulo à participação dos usuários a fim de garantir a democratização no SUS.

Conclusão

Por fim, pode-se concluir que a APS/AB, enquanto coordenadora da RAS, possui um papel fundamental no sentido de organizar o cuidado para atender às necessidades de saúde da população, sendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos importantes estratégias para essa finalidade. Estas, podem ser utilizadas em todos os ciclos de vida (desde a gestação, infância, adolescência, fase adulta e idosa), pois em todas as etapas elas se mostram eficazes para a adoção de modos de vida saudáveis pela população, e conseqüentemente, para redução de doenças como a obesidade e seus agravos.

Nesse sentido, vale ressaltar alguns aspectos importantes para a efetivação dessas estratégias: a intersectorialidade, que fortalece o alcance e a efetividade das ações da APS/AB, como é o exemplo do PSE, fruto da articulação dos setores saúde e educação, uma parceria que gera bons resultados; e a participação e controle social, que garantem a atuação da sociedade na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis, o que significa que estes serão representados para que suas reais necessidades sejam atendidas.

Todos os elementos abordados nesta unidade se aplicam à realidade da gestão, pois as políticas e programas de saúde impactam no enfrentamento da obesidade, assim como em qualquer outra doença ou agravo. O gestor em saúde deve, então, se apropriar de todas estas informações para que consiga adotar ações e estratégias de saúde e, se necessário, no campo legal, como no caso do *Advocacy*, para auxiliar no enfrentamento da obesidade no seu município.



Estudo de Caso - Parte 03

(UT03_EC01) No início do ano de 2022, Lúcio, agora já mais familiarizado em suas funções na SMS, participou de uma reunião na Secretaria Municipal de Educação para realizar pactuações sobre o PSE. Nessa reunião estavam presentes, além dos secretários de saúde e educação, o enfermeiro João e a nutricionista Vitória, representando a equipe da UBS Raio de Sol e também Judith, a diretora da Escola Municipal Vale Encantado.

A nutricionista Vitória relatou:

- *No último ciclo do PSE, realizamos a etapa do diagnóstico nutricional dos alunos da escola e foram identificados vários casos de obesidade infantil.*

João, o enfermeiro complementou:

- *E no final das contas, a situação das crianças reflete também o estado da população do município, pois cada vez mais observamos pessoas com obesidade nos diversos ciclos da vida. Mas a grande questão é: o que fazer para melhorar esse cenário?*

A diretora da escola, Judith, então comentou:

- *Essa questão a gente já não consegue resolver, porque até as nossas aulas de educação física estão precisando ser teóricas nos últimos tempos, tanto pela questão da pandemia como pela infraestrutura da nossa escola, que não tem espaço adequado para incentivar os alunos a serem menos sedentários enquanto reformamos o ginásio.*

O secretário de educação então sugeriu:

- *Mas, Judith.. a escola não fica perto da Academia da Saúde? Os profissionais poderiam pactuar a utilização da Academia para que*

os alunos pudessem ter acesso à atividade física mesmo durante a reforma do ginásio, que parece que vai demorar muito tempo.

Lúcio, o secretário de saúde, concordou que poderiam pactuar essa estratégia e contaria com o apoio dos profissionais da UBS para elaborar melhor a proposta e fortalecer o acompanhamento dos alunos com sobrepeso e obesidade através dessa parceria.

Considerando que a obesidade é uma doença multifatorial em crescente prevalência no estado e município, e que são necessárias diversas estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento para seu controle, quais estratégias estão disponíveis no seu município que podem contribuir no enfrentamento dessa condição? Descreva esta realidade em um comentário no fórum, disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Referências



ACT PROMOÇÃO DA SAÚDE. Advocacy. Disponível em: <http://actbr.org.br/advocacy>. Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 26 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

BRASIL. Decreto nº 10.854, de 10 de novembro de 2021. Institui o Programa Permanente de Consolidação, Simplificação e Desburocratização de Normas Trabalhistas Infralegais e o Prêmio Nacional Trabalhista. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, setembro de 2006.

BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Participação e Controle Social. Brasília: Ministério da Cidadania, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha Informativa – Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Crescer Saudável 2019/2020 – Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.436, 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). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN nº 417, de 18 de março de 2008. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Diário Oficial da União, n. 56, seção 1, p. 108-109, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO (CRA-SP). Políticas Públicas: o que é advocacy e como promover causas pela sua organização. Disponível em: <https://www.crasp.gov.br/crasp/site/na-sede/politicas-publicas-o-que-e-advocacy-e-como-promover-causas-pela-sua-organizacao>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GOMES J., ORFÃO N. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate, v. 45, N. 131, 2021.

PINTO, S. L. *et al.* Complexidade da obesidade e desafios para o cuidado. Palmas: EDUFT, 2021.

SILVA, R. M.; CANÇADO, M.; OLIVEIRA, E.; QUEIROZ, M. G. Os sentidos do conceito de promoção da saúde na percepção dos gestores da Atenção Primária em Saúde de Goiás, Brasil. v. 2 (2017): Atas - Investigação Qualitativa em Saúde.

Considerações finais



Chegamos ao final do nosso curso!

Esperamos que o percurso metodológico proposto nas UTs tenha contribuído para que você faça novas aproximações e crie novas estratégias de ação, referentes à temática da obesidade na sua atuação enquanto gestor do SUS. Almejamos que as atividades realizadas tenham possibilitado novas indagações e reflexões para o aperfeiçoamento das práticas de gestão, realizadas por você e demais profissionais que compõem sua equipe.

Lembrando que, para caminhar rumo à integralidade do cuidado, é preciso colocar essa rede de atenção do seu município em movimento, de acordo com as metas e objetivos pactuados nos instrumentos de gestão, correlacionando com as políticas, programas e estratégias de saúde, alimentação e nutrição vigentes. Assim, o gestor municipal é capaz de auxiliar na organização da Atenção à Saúde voltado para enfrentamento da obesidade na APS/AB.