

COMPLEXIDADE DA OBESIDADE E DESAFIOS PARA O CUIDADO

**Sônia Lopes Pinto
Clemilson Antônio da Silva
Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo
Eliane Marques dos Santos**

Organizadores





**Sônia Lopes Pinto
Clemilson Antônio da Silva
Bianca Dias Ferreira
Graziela Ramirez de Figueiredo
Eliane Marques dos Santos**

Organizadores

COMPLEXIDADE DA OBESIDADE E DESAFIOS PARA O CUIDADO

Palmas/TO



2021

Revisão: Cida Ribeiro

Revisoras Internas: Kellen Cristine Silva, Marta Azevedo dos Santos, Silvely Tiemi Kojo Sousa, Sônia Lopes Pinto

Revisão externa Unidade temática 2: Eloise Schott

Revisão externa Unidade temática 3: Renata Andrade de Medeiros Moreira

Ilustrações e Infográficos: Sammia Beatriz Alves Vieira, Hiago Carvalho Lira

Diagramação: Walter Santos

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.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins – SISBIB/UFT

C737 Complexidade da obesidade e desafios para o cuidado / Organizadores: Sônia Lopes Pinto; Cleimilson Antônio da Silva; Bianca Dias Ferreira; Graziela Ramirez de Figueiredo; Eliane Marques dos Santos. – Palmas/TO: EDUFT, 2021. 324p..il.

ISBN: 978-65-89119-96-8

1. Obesidade. 2. Atenção primária. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Tocantins. I. Título.

CDD 23ª ed. 613.25

Todos os livros publicados pelo Selo OPAJE/EdUFT estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



<http://www.abecbrasil.org.br>

<https://www.abeu.org.br/>

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 98/9.610) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

REITOR Prof. Dr. Luis Eduardo Bovolato	Pró-Reitor de Graduação Prof. Dr. Eduardo Cezari
VICE-REITORA Profa. Drª. Ana Lúcia de Medeiros	Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação Prof. Dr. Raphael Sanzio Pimenta
	Pró-Reitor de Extensão e Cultura Profa. Dra. Maria Santana
	Núcleo de Pesquisa e Extensão Observatório de Pesquisas Aplicadas ao Jornalismo e ao Ensino (OPAJE-UFT) Dr. Francisco Gilson Rebouças Pôrto Junior Dr. João Nunes da Silva Dr. José Lauro Martins Dr. Nelson Russo de Moraes Dr. Rodrigo Barbosa e Silva Dra. Suzana Gigliolli Nunes

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

CONSELHO EDITORIAL

PRESIDENTE Prof. Dr. Francisco Gilson Rebouças Pôrto Junior	Membros por área: Liliam Deisy Ghizoni Eder Ahmad Charaf Eddine (Ciências Biológicas e da Saúde) João Nunes da Silva Ana Roseli Paes dos Santos Lidiane Salvaterra Wilson Rogério dos Santos (Interdisciplinar) Alexandre Tadeu Rossini da Silva Maxwell Diógenes Bandeira de Melo (Engenharias, Ciências Exatas e da Terra) Francisco Gilson Rebouças Porto Junior Thays Assunção Reis Vinicius Pinheiro Marques (Ciências Sociais Aplicadas) Marcos Alexandre de Melo Santiago Tiago Groh de Mello Cesar William Douglas Guilherme Gustavo Cunha Araújo (Ciências Humanas, Letras e Artes)
---	--

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACTION	Awareness, Care, and Treatment in Obesity maNagement
AE	Atenção Especializada
AF	Atividade Física
APS/AB	Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica
CBM	Cirurgia Bariátrica e Metabólica
CDS	Coleta de Dados Simplificada
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eAB/eSF	Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
LCSO	Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PBF	Programa Bolsa Família
PC	Perímetro da Cintura
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PICS	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UT	Unidade Temática
UT1	Unidade Temática 1
UT2	Unidade Temática 2
UT3	Unidade Temática 3
UT4	Unidade Temática 4
UT5	Unidade Temática 5
UT6	Unidade Temática 6
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

Clemison Antonio da Silva

Professor Adjunto do Curso de Graduação em Nutrição (Universidade Federal do Tocantins). Doutor em Biodiversidade e Biotecnologia (Universidade Federal do Tocantins – 2019). Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos (Universidade Federal da Paraíba – 2003). Graduado em Nutrição (Universidade Federal da Paraíba – 2000). Experiência em planejamento e administração de serviços de alimentação e nutrição. Gestão de Políticas Públicas em Saúde. Programas de Educação Permanente em Saúde e Formação Técnica de Nível Médio em Saúde.

E-mail: clemilsonsilva@uft.edu.br

Eliane Marques dos Santos

Bióloga, mestre e doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Docente da UFT. Atuação nas áreas de Neuroaprendizagem, Educação digital, Ensino híbrido e Formação de professores.

E-mail: elianems@uft.edu.br

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

Kellen Cristine Silva

Professora do Curso de Nutrição na Universidade Federal do Tocantins. Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade de Viçosa, com período sanduíche na Universidade de Oxford. Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Federal de Minas Gerais (2011). Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho (2010) e graduada em Nutrição pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2008).

E-mail: kellensilva@uft.edu.br

Lisandra Lustoza Ferro

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

E-mail: lisandraferro@gmail.com

Marta Azevedo dos Santos

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990), mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (1997) e doutorado em Psicologia pela Universidade de Sevilla (ES) (2003). Professora Associada III do quadro de professores da Universidade Federal do Tocantins, nos cursos de Enfermagem e Nutrição e do quadro permanente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. Tem experiência na área da Psicologia, Educação, Educação e Promoção em Saúde. Avaliação de Política Pública. Desenvolvendo pesquisas na área interdisciplinar, nas linhas de Gestão e Planejamento, Avaliação de Políticas Públicas, Educação e Promoção da Saúde e Saúde do trabalhador. Consultora Técnica do Ministério da Saúde.

E-mail: marta@uft.edu.br

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

Silvely Tiemi Kojo Sousa

Fisioterapeuta, Especialista em Vigilância em Saúde, Mestre em Ciências da Saúde, analista técnica em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, membro da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, membro do Comitê de Ética da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, tutora do Programa Municipal de Educação Permanente da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail: tiemikojo@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

Equipe de formação do PROJETO ECOA/SUS-TO 15

APRESENTAÇÃO 17

UNIDADE TEMÁTICA 1

PANORAMA DA OBESIDADE NO BRASIL E NO TOCANTINS

**Graziela Ramirez de Figueiredo, Lisandra Lustoza Ferro,
Heryka Araújo Cavalcante**..... 24

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE: O AVANÇO DA EPIDEMIA GLOBAL..... 26

OBESIDADE E A COVID-19..... 37

A (IN)VISIBILIDADE DA OBESIDADE NA APS/AB 40

ESTIGMA DA OBESIDADE: SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 44

CONCLUSÃO 52

REFERÊNCIAS..... 55

UNIDADE TEMÁTICA 2

BASES CONCEITUAIS DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Bianca Dias Ferreira, Geórgia Correa Alencar, Natalia Quaresma de Souza 60

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) 62

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (DHAA)..... 68

SOBERANIA ALIMENTAR	72
SISTEMAS ALIMENTARES.....	74
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E TERRITÓRIO	82
AMBIENTE ALIMENTAR: DESERTOS, PÂNTANOS E OÁSIS ALIMENTARES	87
ALIMENTAÇÃO, REGIONALIDADE E CULTURA ALIMENTAR.....	94
INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA E DAS MÍDIAS NA ALIMENTAÇÃO.....	99
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS.....	106

UNIDADE TEMÁTICA 3

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

Bianca Dias Ferreira, Geórgia Correa Alencar, Natalia Quaresma de Souza, Graziela Ramirez de Figueiredo, Lisandra Lustoza Ferro, Heryka Araújo Cavalcante.....	110
PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	112
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	117
ESTRATÉGIAS, RECURSOS E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	126
PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS).....	141
GUIAS ALIMENTARES	160
MULTICAUSALIDADE E CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS DA OBESIDADE ...	166
PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE.....	171
CONCLUSÃO	181
REFERÊNCIAS.....	185

UNIDADE TEMÁTICA 4

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Graziela Ramirez de Figueiredo, Lisandra Lustoza Ferro, Heryka Araújo Cavalcante	190
IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PRECOCE: QUANDO O EXCESSO DE PESO PASSA A AFETAR A SAÚDE CARDIOMETABÓLICA?	192
DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) E AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL	196
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN): SUA IMPORTÂNCIA NO MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ROTINA DOS SERVIÇOS NA APS	208
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)	215
CONCLUSÃO	224
REFERÊNCIAS	227

UNIDADE TEMÁTICA 5

O CUIDADO INTERPROFISSIONAL NA OBESIDADE

Bianca Dias Ferreira, Geórgia Correa Alencar, Natalia Quaresma de Souza	230
ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE	232
IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE NA EQUIPE INTERPROFISSIONAL	240
PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE NA APS/AB.....	248
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NO CUIDADO INTEGRAL DA OBESIDADE	254
ESTRATÉGIAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	263

SUGESTÃO DE ANAMNESE INTERPROFISSIONAL PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA APS/AB	269
RESOLUÇÕES QUE ORIENTARAM A CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA E SUAS PARTICULARIDADES.....	272
CONCLUSÃO	278
REFERÊNCIAS	281

UNIDADE TEMÁTICA 6

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

Graziela Ramirez de Figueiredo, Lisandra Lustoza Ferro, Heryka Araújo Cavalcante.....	286
O PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE.....	288
COMPONENTES GERAIS PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE	298
DESAFIOS E DIFICULDADES ENCONTRADOS NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE	309
CONCLUSÃO	319
CONSIDERAÇÕES FINAIS	322
REFERÊNCIAS	323

PREFÁCIO

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 do estudo 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 (APS), atue no enfrentamento e controle da obesidade, principalmente no cuidado da pessoa com obesidade, pelo fato de esta 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 para 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 profissionais de saúde da APS. Nele, apresentamos o problema da obesidade desde sua raiz, com o objetivo de ampliar o olhar dos profissionais para que os mesmos compreendam que essa condição é complexa e de etiologia multifatorial.

Assim, organizamos o curso abordando diferentes aspectos da obesidade: da epidemiologia à organização do cuidado, perpassando

pela promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento! 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, como pelos gestores, e que possamos apoiar essas pessoas que sofrem diariamente com o estigma e a ausência de cuidados necessários!



Equipe de formação do PROJETO ECOA/SUS-TO

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

Com muita alegria apresentamos a vocês este livro, que compõe parte do Curso de Qualificação ofertado aos profissionais de saúde do estado do Tocantins, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). 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 6 Unidades Temáticas, sendo elas: 1. Panorama da obesidade no Brasil e no Tocantins; 2. Bases conceituais da alimentação e nutrição; 3. Políticas e programas de saúde no enfrentamento da obesidade; 4. Vigilância alimentar e nutricional; 5. O cuidado interprofissional na obesidade e 6. Organização da atenção à pessoa com obesidade.

Desejamos a todos um ótimo curso!

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

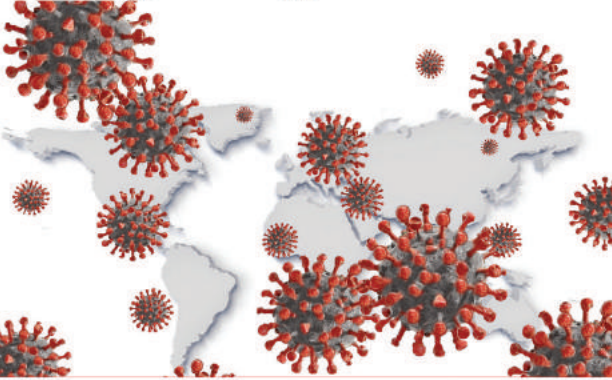
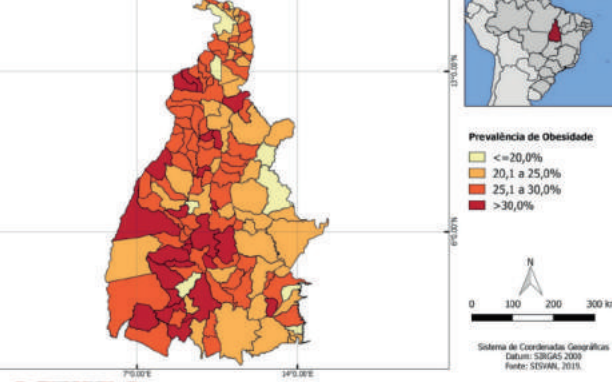
MAPA INTERDISCIPLINAR



Matriz de Competências e Habilidades

Competência Geral	Organizar a atenção à saúde dos sujeitos e da coletividade no território adscrito, considerando as especificidades de cada indivíduo e a multicausalidade da obesidade para atuar por meio de equipes interdisciplinares para a melhoria contínua dos serviços ofertados com vistas à integralidade do cuidado.
Competência específica 1	Articular ações interprofissionais nos diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade, sendo a APS a coordenadora do cuidado
Habilidade 1	Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde visando mudanças positivas na saúde dos indivíduos e comunidade do território adscrito.
Habilidade 2	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 3	Estimular o desenvolvimento da intersetorialidade para a promoção da saúde, prevenção e controle do sobrepeso e obesidade.
Habilidade 4	Considerar as consequências biopsicossociais da obesidade, seu cenário epidemiológico e as dificuldades encontradas no seu tratamento, adotando ações de prevenção efetivas.
Habilidade 5	Sistematizar o manejo da obesidade a ser realizado na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias efetivas, no âmbito individual, familiar e coletivo adequadas ao território.
Habilidade 6	Implementar ações de Práticas Corporais e Práticas Integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo processos favoráveis à integralidade do cuidado sob a ótica da promoção da saúde e prevenção da obesidade.

Competência específica 2	Propor práticas alimentares adequadas e saudáveis, visando a promoção e a proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à má alimentação.
Habilidade 7	Compreender os cuidados relativos à alimentação e nutrição no contexto das políticas públicas.
Habilidade 8	Realizar a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e da Educação Alimentar e Nutricional propondo aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente respeitando o contexto local.
Habilidade 9	Construir planos de cuidados ou projetos terapêuticos singulares que considerem as evidências do tratamento da obesidade, as necessidades e o contexto dos indivíduos, famílias e coletividades.
Competência específica 3	Elaborar um diagnóstico situacional, com base nos marcadores de consumo alimentar e estado nutricional da população adscrita, por meio das informações produzidas a partir do SISVAN e coletados in loco, a fim de propor alternativas de melhoria de acesso ao cuidado de forma interdisciplinar e intersetorial.
Habilidade 10	Reconhecer as necessidades individuais e coletivas de saúde dos sujeitos com obesidade do território para a resolução de problemas, utilizando ferramentas do planejamento estratégico, a fim de promover um bom funcionamento dos serviços ofertados.
Habilidade 11	Buscar em fontes científicas de informação, as melhores evidências e práticas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao sobrepeso e obesidade, analisando-as criticamente.



UNIDADE TEMÁTICA 1

PANORAMA DA OBESIDADE NO BRASIL E NO TOCANTINS

**A epidemia global que permeia
desde o estigma à invisibilidade
no sistema de saúde**

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante

TEMÁTICA GERADORA

A epidemia global que permeia desde o estigma à invisibilidade no sistema de saúde.

PANORAMA DA OBESIDADE NO BRASIL E NO TOCANTINS

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

Como a (in)visibilidade da obesidade impacta nos serviços de saúde?

As últimas décadas foram marcadas por mudanças em diversos setores da sociedade brasileira que influenciaram no modo de vida da população e, conseqüentemente, contribuíram para o aumento da obesidade.

Dessa forma, apesar do reconhecimento da obesidade como um problema de saúde pública, todos os esforços realizados até o momento não foram capazes de frear sua crescente prevalência, seja no Brasil ou no panorama internacional, o que impacta negativamente na saúde e qualidade de vida da população.

Ressalta-se que, ao lidar com esse tema, alguns desafios importantes são constatados, como, por exemplo, no âmbito da saúde, mesmo a obesidade sendo reconhecida como um problema, nota-se que ainda não é considerada uma prioridade na rotina de serviço dos profissionais.

Seja pelas diversas urgências enfrentadas no cotidiano ou por ser considerada “apenas” um fator de risco para o desenvolvimento de outras morbidades, a obesidade encontra-se ainda invisível aos olhos de muitos profissionais.

Destaca-se ainda o estigma do peso, enfrentado pelos indivíduos com obesidade, que são culpabilizados por sua condição e se deparam com atitudes estigmatizantes da sociedade e, em especial, dos profissionais de saúde. Tal fato colabora para a redução da procura dos serviços de saúde de forma preventiva e dificulta o tratamento, tornando o estigma um dos fatores contribuintes à crescente obesidade, entre outros aspectos dessa complexa condição de saúde.

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

- Considerar as consequências biopsicossociais da obesidade, seu cenário epidemiológico e as dificuldades encontradas no seu tratamento, adotando ações de prevenção efetivas.
- Reconhecer as necessidades individuais e coletivas de saúde dos sujeitos com obesidade do território para a resolução de problemas, utilizando ferramentas do planejamento estratégico, a fim de promover um bom funcionamento dos serviços ofertados.

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE: O AVANÇO DA EPIDEMIA GLOBAL



VAMOS REFLETIR?

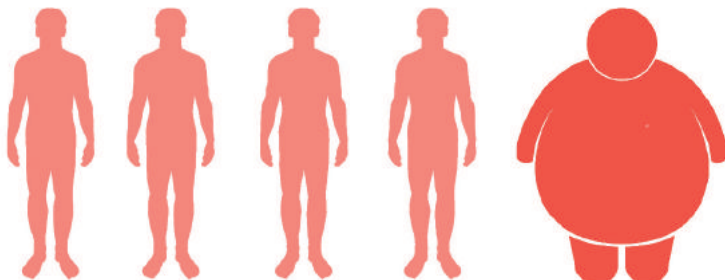
Sabe-se que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e está associada à perda da qualidade de vida e maiores custos ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Vamos, então, buscar entender um pouco mais sobre a dimensão da obesidade no mundo, no nosso país, estado e municípios?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em 2016, que o Brasil era o terceiro país com mais homens com obesidade do mundo (13,4 milhões!) e o quarto país com o maior número de mulheres com obesidade (19,6 milhões!).

Como ilustrado na Figura 01, a OMS também prevê que em todo o mundo 1 em cada 5 adultos terão obesidade até 2025, e um terço deles terão obesidade grave. Sendo que, para o Brasil, é previsto que o crescimento dessa epidemia atingirá 19,9 milhões de homens, 26,9 milhões de mulheres e 6,5 milhões de crianças!

Figura 01. Estimativa de obesidade: 1 em cada 5 adultos terão obesidade até 2025, segundo a OMS



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de WORLD OBESITY FEDERATION, 2020.

Figura 02. Transição nutricional e epidemiológica no Brasil



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Por meio da figura anterior, podemos compreender que o crescimento da obesidade no país relaciona-se com as mudanças ocorridas nos últimos 30 anos, marcadas pelas seguintes transições: a demográfica, a epidemiológica e a nutricional, que estão relacionadas, respectivamente com o aumento da expectativa de vida da população, mudanças na sua morbimortalidade e no perfil de consumo alimentar da mesma.

Assim, por meio da transição nutricional é possível compreender a evolução do estado nutricional para o aumento do excesso de peso, principalmente entre crianças em idade escolar e adolescentes. Aliada a esse aumento do peso, observa-se também a presença e o avanço da desnutrição na população, podendo ser identificada por meio de deficiências de vitaminas e/ou minerais e nanismo, caracterizando a chamada “dupla carga de má nutrição”.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

“Dupla carga de má nutrição ocorre quando a obesidade e a desnutrição existem simultaneamente nos indivíduos, nas famílias e sociedades” (AMPARO- SANTOS *et al.*, 2020).

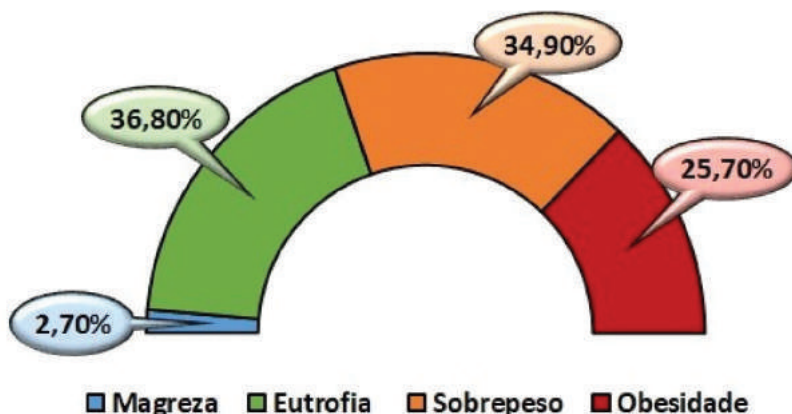
No âmbito da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB), em 2019, o Brasil contabilizou mais de 12 milhões de atendimentos, e desses, 28,9% apresentaram obesidade. Ou seja, cerca de 3,6 milhões de pessoas com obesidade foram atendidas.



E NO TOCANTINS?

Vale ressaltar que a Região Norte do país se destacou com a menor porcentagem de adultos atendidos vivendo com obesidade, enquanto o Tocantins apresentou os seguintes dados:

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



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

Em 2020, a Pesquisa Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) divulgou que, em 2019, Palmas/TO possuía a menor porcentagem de pessoas com obesidade dentre as capitais, tanto para os adultos em geral,

com idade maior ou igual a 18 anos (15,4%), como também entre as mulheres (14,3%). Já com relação aos homens, a prevalência foi de 16,6%, ficando atrás de Salvador e Vitória.



SAIBA MAIS!

Acesse, na íntegra, o arquivo do **VIGITEL 2020** para conhecer os outros fatores de risco avaliados na pesquisa.



Entre os fatores que podem proporcionar essas porcentagens um pouco menores, quando comparadas com a prevalência da obesidade em outras capitais, estados e regiões, salienta-se o perfil do consumo alimentar da população tocantinense e a prática de atividade física, representada pela Figura 03, em que, de acordo com o Vigitel (2020), Palmas era a capital mais ativa do Brasil.

Figura 03. Prática de atividade física ao ar livre



Fonte: Pixabay.

Acerca do consumo alimentar, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015, identificou que o Tocantins possuía o maior percentual de escolares do 9º ano que consumiam o almoço ou jantar com a família (Figura 04) e tinham acesso à alimentação escolar, caracterizada pelo fornecimento de alimentação nutricionalmente balanceada e adequada às características dos escolares.

Figura 04. Organização da refeição em família



Fonte: World Obesity Federation.



PARA IR ALÉM!

Você irá conhecer melhor sobre alimentação escolar e seu programa de regulamentação na **Unidade Temática 3: Políticas e programas de saúde no enfrentamento da obesidade.**

Além disso, a PeNSE destaca que o Tocantins possuía o menor percentual de consumo de refrigerante, da região Norte, na semana anterior à pesquisa.



SAIBA MAIS!

Acesse o site do IBGE e conheça outros dados da **PeNSE!**



VAMOS REFLETIR?

Esses dados comparativos de prática de atividade física, consumo alimentar e prevalência da obesidade entre regiões, estado do Tocantins e capitais do país podem dar uma falsa impressão de que a obesidade não está tão grave no estado do Tocantins e no seu município.

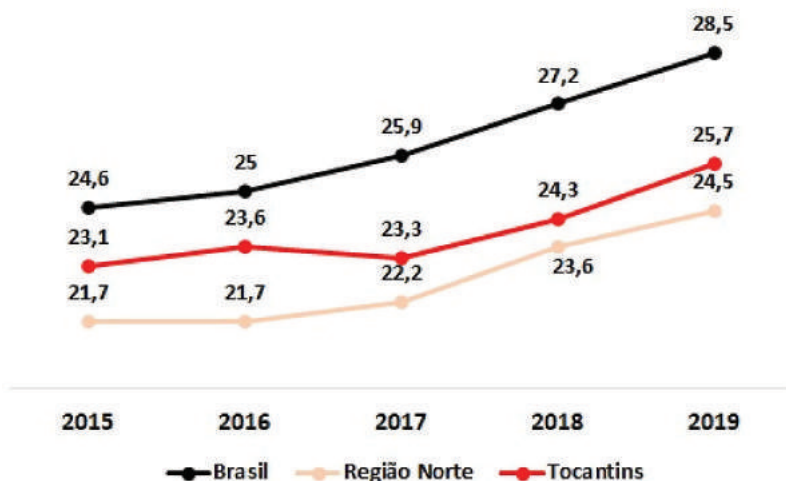
Mas, será? Vamos conhecer melhor a nossa realidade?

Ao analisar as variações dos dados referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019 do Vigitel, observa-se que Palmas teve aumento do excesso de peso, diminuição da porcentagem de prática de atividade física no lazer e do consumo recomendado de frutas e hortaliças, ao passo que houve um aumento no percentual da ingestão de refrigerantes.

Assim, nota-se uma mudança nos hábitos da população que pode propiciar o crescimento da obesidade nos próximos anos, ainda que em porcentagens menores quando comparadas com outras capitais.

Nesse sentido, conforme apresentado no Gráfico 02, observa-se, ao longo dos anos, o crescimento da obesidade 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.

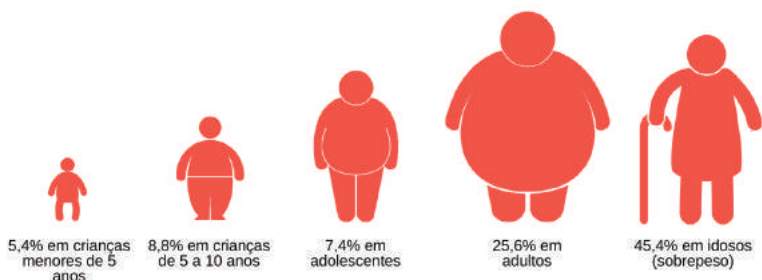
Gráfico 02. Prevalência da obesidade no Brasil, na Região Norte e no Tocantins, entre 2015 e 2019



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

A partir dos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), referente ao ano de 2019, percebe-se que em todo o estado há municípios com maiores porcentagens de obesidade, quando comparadas às médias por faixa etária (Figura 05).

Figura 05. Prevalência média da obesidade por faixa etária no Tocantins, 2019



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de PINTO, S. L.; SILVA, C. A., 2020.

Na Figura 06 é possível observar as diferentes prevalências da obesidade por faixa etária nos municípios tocantinenses, o que aponta para a evolução dessa epidemia no Estado e na realidade local de cada município.

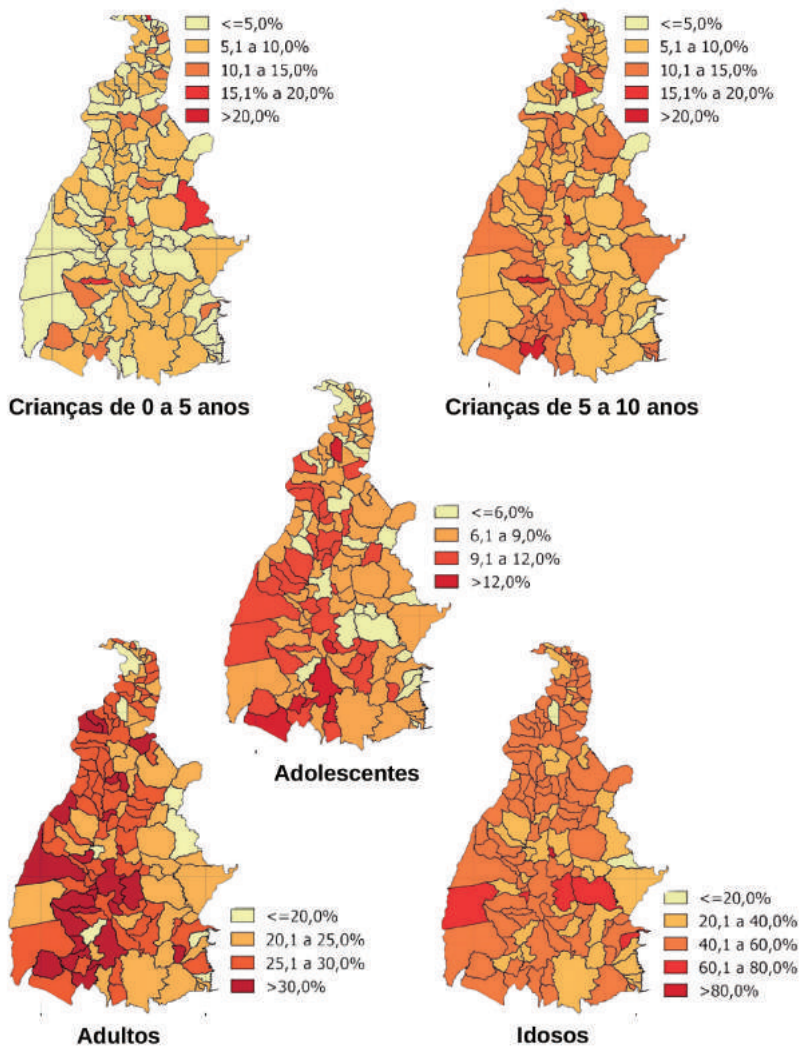


SAIBA MAIS!

Acesse, na íntegra, o arquivo do **Atlas da obesidade no Tocantins.**



Figura 06. Prevalência da obesidade por município, nas diferentes faixas etárias, no Tocantins, 2019



Fonte: PINTO, S. L.; SILVA, C. A., 2020.

Salienta-se também a importância de se analisar a prevalência de sobrepeso, já que constitui um fator de risco importante no desenvolvimento futuro de obesidade. Lembrando que esse parâmetro é utilizado para avaliar os idosos, os quais, no estado do Tocantins, tiveram prevalências variando entre 14,8% e 68,2% nos municípios em 2019.



VAMOS PRATICAR?

(UT01_VP01) Em conjunto com o seu grupo, faça uma busca no “Atlas da Obesidade do estado do Tocantins” e elabore um esquema, na ferramenta *Jamboard*, para apresentar os dados referentes ao seu município, com as respectivas porcentagens de obesidade, de acordo com as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Em seguida, compare a situação do seu município com os demais da Região de Saúde a que ele pertence! Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBESIDADE E A COVID-19



VAMOS REFLETIR?

Pensando na atual circunstância que estamos vivendo com a pandemia, como será que a obesidade vem influenciando o prognóstico dos indivíduos infectados com a Covid-19?

Sabe-se que a obesidade recebeu maior atenção em meio à pandemia iniciada em 2020, devido a sua relação com o aumento da gravidade da Síndrome Respiratória Aguda Grave por SARS-COV-2, nomeada Covid-19.



VAMOS RELEMBRAR!

A Covid-19 possui inúmeros fatores de risco, entre eles a obesidade! Essas duas doenças possuem em comum a ativação do sistema imune e os mediadores de inflamação, além da obesidade ser considerada a doença pandêmica do século XXI.

Como vimos anteriormente, a obesidade, em si, já constitui fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas e metabólicas, inclusive contribuindo para o agravamento da Covid-19 em pacientes nas diferentes faixas etárias.

Nesse contexto, a pandemia evidenciou ainda mais as problemáticas relacionadas à obesidade, visto que a doença é o terceiro maior

fator para agravamento da Covid-19 em pessoas com menos de 60 anos, conforme ilustrado a seguir.

Figura 07. Possíveis complicações que indivíduos com obesidade podem apresentar ao se infectar com Covid-19



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRANDÃO, S., 2020.

Diante de todos os riscos que a obesidade traz ao indivíduo, podemos refletir e reforçar a importância de um acompanhamento e cuidado integral desses pacientes pela APS/AB, por meio de ações que estimulem a autonomia dos sujeitos, a fim de promover uma melhor qualidade de vida. De modo que a pandemia vem evidenciando e fortalecendo a importância do acompanhamento e do olhar integral ao paciente com obesidade.

Como veremos a seguir, a partir do estudo denominado ACTION (Awareness, Care, and Treatment in Obesity maNagement – Conscientização, Cuidado e Tratamento no Manejo da Obesidade), foi possível constatar que quando os profissionais de saúde não falam sobre a obesidade com os pacientes, estes acreditam que essa condição não se configura como um problema de saúde.

Tal fato norteia a necessidade de se orientar os indivíduos para o controle e tratamento da obesidade na APS/AB, com abordagens individuais e/ou coletivas, que permitam a aproximação do profissional à realidade dos usuários.



VAMOS PRATICAR?



(UT01_VP02) A partir da leitura do artigo:

Por que a obesidade é um fator agravante para a COVID-19? Cite em tópicos os principais aspectos que tornam a obesidade um fator de risco para o agravamento dos casos de Covid-19.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

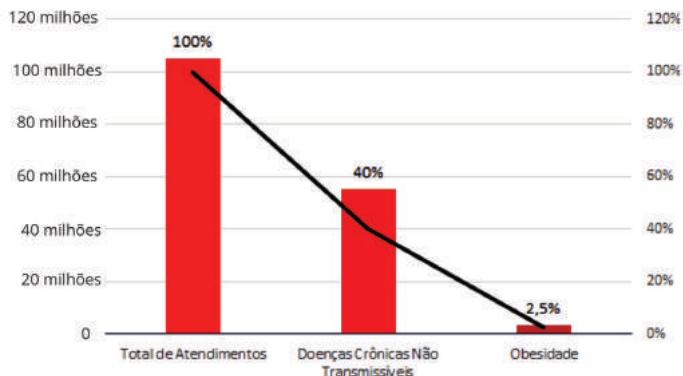
.....

A (IN)VISIBILIDADE DA OBESIDADE NA APS/AB

Apesar do evidente crescimento da epidemia global da obesidade, ainda são poucas as ações voltadas para o controle e enfrentamento dentro da APS/AB. Isso pode ser observado 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.

Nesse sentido, os respectivos dados dos atendimentos individuais totais, coletados do SISAB para condições crônicas e obesidade, podem ser verificados no Gráfico 03.

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



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Ministério da Saúde (2020).



PARA IR ALÉM!

A exemplo disso, um estudo apontou que, entre setembro de 2018 a agosto de 2019, menos de 3% dos pacientes atendidos foram identificados com obesidade em consultas individuais na APS/AB, visto que não foram usadas a Classificação Internacional de Doenças (CID) e/ou Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) (BORTOLINI *et al.*, 2020).

Com esses dados é perceptível a dificuldade em realizar ações de prevenção e controle da obesidade, visto que 40% das consultas individuais, no Brasil, foram para DCNT. Logo, mesmo a obesidade sendo um dos principais fatores de risco para tais patologias, ela não é uma condição avaliada nessas consultas, o que expõe a necessidade de promover ações e abordagens cujo enfoque seja a prevenção do excesso de peso e da obesidade, como também de promoção da saúde, antes que se instalem outras condições crônicas.



SAIBA MAIS!

Leia o artigo para saber mais sobre o panorama atual dessas ações em nosso país: **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil.**



Esse mesmo estudo também refere que 94,97% dos casos de obesidade avaliados foram encaminhados para a atenção especializada, o que aponta uma falha da APS/AB em oferecer o tratamento, em tempo oportuno, aos pacientes com obesidade, sendo necessário avaliar as possíveis práticas e políticas que resultam no afastamento desses pacientes dos serviços da APS/AB.



VAMOS PRATICAR?

(UT01_VP03) Você acredita que a obesidade é (in)visível na prática dos profissionais da sua equipe/unidade de saúde?

Se você trabalha com o e-SUS AB, acesse a aba de Produção e gere um relatório referente ao último mês.

Quantos atendimentos foram realizados? Em quantos desses houve a identificação da obesidade como condição clínica do atendimento?

Caso não utilize o e-SUS AB, verifique se é possível acessar esses dados através dos registros realizados na sua unidade.

ESTIGMA DA OBESIDADE: SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O estigma é definido como um atributo negativo conferido a um indivíduo, considerando-o socialmente impuro e resultando na deterioração da identidade individual. Dessa forma, o estigma da gordura é uma construção social que desqualifica os sujeitos, atribuindo juízos de valores pejorativos ao considerá-los estranhos, depreciados, desvalorizados, diferente dos demais, alguém menos desejável, como tem sido com as pessoas obesas (OBARA *et al.*, 2018; MATTOS; LUZ, 2009; GOFFMAN, 2008).

O estigma do peso já foi documentado em vários domínios da sociedade, incluindo local de trabalho, educação, instituições de saúde e famílias. E vem persistindo apesar do aumento acentuado da prevalência de obesidade nas últimas décadas.

Devido ao fato de a obesidade ser uma doença complexa, de etiologia multifatorial, é difícil mensurar a força de cada variável envolvida no ganho de peso. Entre elas destaca-se a influência dos fatores socioculturais, que nas últimas décadas vêm reforçando um padrão de beleza que valoriza o “corpo esbelto e magro” e desqualifica o corpo da pessoa com obesidade.

A partir disso, o “corpo gordo” passou a ser visto como um problema ou algo a ser rejeitado, que diverge do padrão corporal socialmente estabelecido pela cultura ocidental; podendo resultar em implicações sociais e psicológicas graves.

No âmbito dos serviços de saúde, os indivíduos estigmatizados são abordados com comentários inapropriados e desrespeitosos, sentindo-se incompreendidos e excluídos, e não recebendo o tratamento adequado para os problemas de saúde adicionais à obesidade.



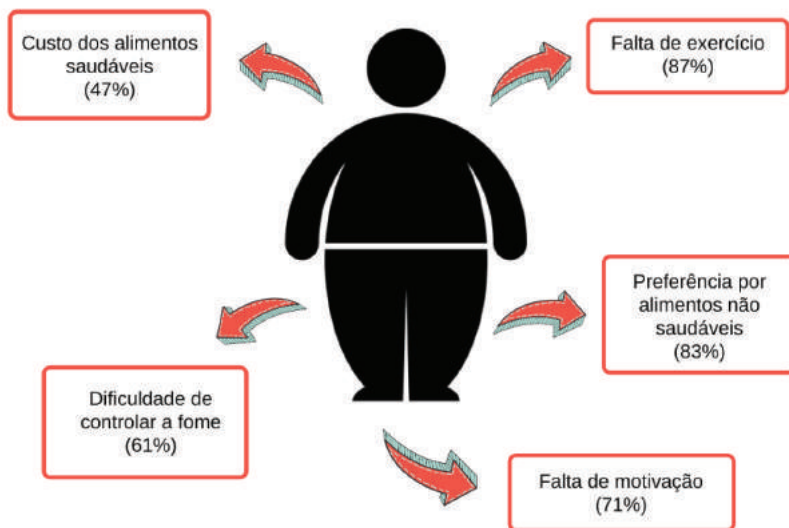
VAMOS REFLETIR?

E, você, enquanto profissional de saúde, considera sua prática/postura estigmatizante em relação à pessoa com obesidade?

Os estudos mostram que os médicos gastam menos tempo em consultas e fornecem menos informações sobre saúde para pacientes com obesidade ao comparar com pacientes mais magros. Do mesmo modo, os pacientes estigmatizados relatam resultados ruins no tratamento e estão mais propensos a não retornarem aos serviços de saúde, abandonando o tratamento.

Conforme apresentado no estudo ACTION, na Figura 08 encontram-se descritas as principais barreiras, identificadas pelos profissionais de saúde, para que os indivíduos não atinjam a perda de peso.

Figura 08. Cinco principais barreiras ao iniciar um esforço para perda de peso, identificadas pelos profissionais de saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de KAPLAN, L. M. *et al.*, 2017.



VAMOS REFLETIR?

Você se identifica com alguma dessas situações? Como será que sua orientação foi recebida pelo usuário? Ele retornou ao acompanhamento?

Tais reflexões nos levam a considerar a forma como nós, profissionais de saúde, estamos lidando com a obesidade; reduzindo-a a uma condição simplista, que depende exclusivamente do indivíduo em questão. Essa abordagem provoca uma imagem social sobre esses sujeitos associada à preguiça, à fraqueza, ao desleixo ou à falta de controle;

culpabilizando-os pelo insucesso nos tratamentos, o que proporcionou estigmatização e discriminação em várias esferas da vida.

As atitudes estigmatizantes, advindas dos profissionais, podem afetar também na qualidade dos cuidados prestados, visto que tal abordagem acarreta na criação de barreiras e, conseqüentemente, no abandono do tratamento e afastamento dos sujeitos estigmatizados do sistema de saúde.



PARA IR ALÉM!

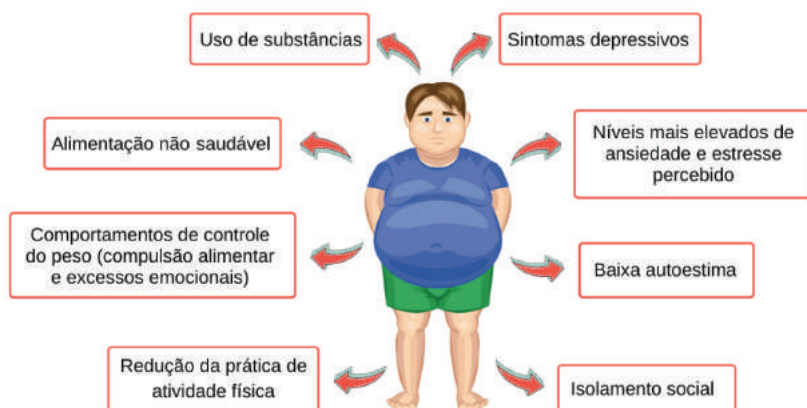
Nesse contexto, Alberga *et al.* (2019) observaram que o viés do peso não representa somente conseqüências à saúde física e mental, mas impacta nos serviços de APS/AB. As influências negativas avaliadas foram:

- tratamento desdenhoso paternalista e desrespeitoso;
- falta de treinamento e ambivalência;
- atribuição de todas as questões de saúde ao excesso de peso;
- suposições sobre ganho de peso;
- barreiras para a utilização de cuidados de saúde;
- expectativa de tratamento diferenciado de saúde;
- baixa confiança e comunicação deficiente;
- evitação ou atraso de serviços de saúde; e
- busca de aconselhamento de vários profissionais de saúde.

As experiências negativas advindas da estigmatização podem refletir na redução da procura dos serviços de saúde pelos usuários, de forma preventiva, bem como na internalização do viés do peso, fazendo com que esses sujeitos evitem esses ambientes para não se sentirem julgados. Nesse sentido, os indivíduos assumem para si a culpa, culminando em sentimentos de inferioridade, fragilidade e inadequação frente à sociedade.

Dessa forma, a Figura 09 apresenta as possíveis repercussões do estigma do peso que, particularmente, pode ser prejudicial à saúde mental.

Figura 09. Possíveis repercussões do estigma do peso na saúde mental dos indivíduos com obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de RUBINO, F. *et al.*, 2020.

Podemos perceber que as consequências do estigma influenciam em todos os fatores que em sua maioria são considerados como determinantes da obesidade, conforme apontado pelos estudos realizados com profissionais de saúde.

Vale ressaltar que os indivíduos com obesidade, além de enfrentarem as atitudes negativas de parte dos profissionais de saúde, também se veem diante de uma infraestrutura inadequada para recebê-los. Dessa forma, precisamos repensar sobre a postura e conduta que estamos desenvolvendo com os sujeitos, pois isso está ao nosso alcance.

Para tal, o acolhimento e o diálogo são vias que permitem o vínculo entre profissional-paciente ou profissional-coletividade, de modo que tal abordagem promova o envolvimento do profissional na realidade do sujeito. Isso permite a troca de valores socioculturais sobre o corpo, a saúde, as crenças e os modos de agir sobre o problema em questão.

Logo, cabe aos profissionais possibilitar e garantir um diálogo construtivo, com a adoção de uma postura de autonomia junto aos sujeitos, para que possam identificar soluções culturalmente apropriadas.



SAIBA MAIS!

Você sabia que existe um Consenso Internacional para acabar com o estigma do peso? Clique [aqui](#) e acesse o artigo na íntegra.



Parte das declarações contidas nesse Consenso foram abordadas aqui neste tópico, mas o documento também traz algumas recomendações à sociedade, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 01. Resumo das principais recomendações realizadas pelo Consenso Internacional para acabar com o estigma da obesidade

Prevalência do estigma do peso

O estigma baseado no peso e a discriminação da obesidade não devem ser tolerados nos setores da educação, saúde ou políticas públicas. Da mesma forma que a mídia, os legisladores, profissionais da saúde, e instituições acadêmicas devem garantir que as mensagens e narrativas da obesidade sejam isentas de estigma e coerentes com as evidências científicas modernas.

Mídia/Meios de comunicação

É importante que a mídia produza retratos justos, precisos e não estigmatizantes da obesidade, principalmente devido a sua influência na formação de atitudes e crenças públicas sobre pessoas com obesidade e doenças relacionadas.

Saúde

- A obesidade deve ser reconhecida e tratada como uma doença crônica nos setores de saúde e políticas.
- As práticas profissionais e mensagens de saúde pública não devem usar abordagens estigmatizantes para promover campanhas contra a obesidade.
- Uma infraestrutura adequada para o cuidado e gerenciamento de pessoas com obesidade, incluindo obesidade grave, deve ser um requisito padrão para o credenciamento das instituições de saúde.
- As autoridades de saúde pública devem identificar e reverter as políticas que promovem o estigma baseado no peso, enquanto aumentam o rigor científico nas políticas públicas relacionadas à obesidade.

Fonte: Elaboração própria, 2021. Adaptado de RUBINO, F. *et al.* (2020).



VAMOS PRATICAR?

(UT01_VP04) Quantas vezes você já disse a alguém (familiar ou paciente) que ele precisava emagrecer? Ou orientou que mudar a alimentação e praticar atividade física era o suficiente?

Já parou para pensar nas diversas vezes que você fez essas orientações aos pacientes? Ao invés de ajudá-los, será que não os afastou ainda mais?

Considerando sua prática clínica, cite, na ferramenta *Mentimeter*, duas ações/conduas que podem ser modificadas a partir de amanhã, e que contribuirão para uma abordagem mais acolhedora aos pacientes com obesidade. Acesse o link que será disponibilizado pelo tutor da oficina.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONCLUSÃO

Por meio dos assuntos discutidos nesta Unidade Temática, pode-se concluir que a obesidade ainda não está sendo abordada com a devida relevância nos serviços de saúde. Esse complexo cenário que envolve a crescente prevalência da obesidade, sua relação com a Covid-19 e demais morbidades, bem como sua subnotificação nos sistemas de informações, demonstra que há grandes desafios que precisam ser enfrentados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial pela APS/AB.

Nesse contexto, em relação aos agravos relacionados à alimentação e nutrição, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) é o principal que acomete indivíduos em todos os ciclos da vida. Diante do atual cenário, ações que visem à prevenção e ao enfrentamento da obesidade podem e devem ser prioridade na agenda das equipes de APS/AB, visto que ainda existe a necessidade de avançar na identificação e intervenção precoce dessa condição, antes mesmo do diagnóstico de outras DCNT.

Por sua organização e responsabilidade, a APS/AB possui maior proximidade ao cotidiano da vida das pessoas, o que permite melhor compreensão da dinâmica social e dos determinantes de cada território. Dessa forma, além de acolher e tratar o indivíduo com obesidade, ela deve ser a ordenadora do cuidado e o centro de comunicação entre os demais pontos da RAS, garantindo o cuidado integral.



ESTUDO DE CASO – Parte 1

(UT01_EC01) A Unidade Básica de Saúde (UBS) Raio de Sol é referência para a pequena cidade de Capim Dourado, no interior do Tocantins. Nessa UBS, a equipe interprofissional realiza reuniões semanalmente e discute os casos que necessitam de uma maior atenção ou de um atendimento compartilhado. Naquela semana, eles estavam discutindo a implantação do grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) na UBS. No final da reunião, Lourdes, a fisioterapeuta, pediu o apoio da nutricionista Vitória para acompanhar mais um paciente com obesidade. A Agente Comunitária de Saúde (ACS) Antônia observou, então, que no seu território havia muitos casos da doença.

- Realmente, a obesidade é um problema de saúde pública, talvez até tão grave quanto diabetes e hipertensão – disse Vitória, a nutricionista.

João, o enfermeiro, sugeriu, então, que esse tema fosse discutido em uma próxima reunião. Naquele mesmo dia, a ACS Antônia, cumprindo suas visitas domiciliares, chegou à casa de Maria, uma mulher de 55 anos, recém-diagnosticada com hipertensão arterial, que buscou atendimento devido a fortes dores de cabeça, porém, saiu da unidade aborrecida e sem marcar sua consulta de retorno. Antônia tentou, então, identificar o que tinha acontecido:

- Maria, a enfermeira, pediu pra que eu viesse conferir se você estava melhor. Como está a sua pressão? Você tomou os remédios que o doutor passou?

Maria parecia contrariada e convencida a não retornar à unidade, contou o motivo para a ACS:

- *Antônia, eu sempre gostei muito de todos os profissionais do postinho, mas aquele médico... me deixou chateada. Eu fui lá porque sentia dor de cabeça há três dias. Quando cheguei, ele mal perguntou o que eu sentia, viu no prontuário que minha pressão estava alta e quando falei da dor ele apenas me olhou e disse: você está obesa, bem acima do peso e precisa emagrecer para melhorar a saúde. Aquela fala me deixou com raiva, expliquei que estava ali para tratar a minha dor. Eu tenho espelho em casa, já sei que estou gorda!*

Maria era uma mulher jovem que se considerava “gordinha” desde muito cedo, mas após a sua primeira gravidez havia ganhado muito peso e não conseguia emagrecer; situação essa, muito semelhante à de outras mulheres que também frequentavam aquela unidade. Foi quando Antônia teve a ideia de convidá-la a participar de uma reunião do grupo de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) que os profissionais de saúde estavam começando na unidade. Maria, mesmo desconfiada, aceitou o convite e se comprometeu a participar da próxima reunião.

Você agiria diferente nesse caso? Dona Maria, além da obesidade, pode ter outras queixas que devem ser ouvidas e levadas em consideração. O profissional considerou o contexto ou somente o seu peso?

Sintetize sua reflexão sobre o assunto, apresentando os pontos considerados pelo profissional de saúde que atendeu Maria, como também suas considerações do que faltou ser avaliado. Responda a esses questionamentos no formulário Google Forms através do link que será disponibilizado pelo tutor da oficina.

.....

.....

.....

REFERÊNCIAS

ALBERGA, A. S. *et al.* Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary health care research & development*, v. 20, 2019.

AMPARO-SANTOS, L.; FRANÇA, S. L. G.; REIS, A. B. C. (org.). *Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

BRANDÃO, S. *Obesidade e risco de Covid-19: grave*. ed. Recife, 2020. E-book.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. Tabelas 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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

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. *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.

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.

DE LIMA, C. T.; RAMOS-OLIVEIRA, D.; BARBOSA, C. Aspectos sociocognitivos da obesidade: Estereótipos do excesso de peso. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 18, n. 3, p. 681-698, 2017.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira Nunes. 4. ed. reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

KAPLAN, L. M. *et al.* Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study. *Obesity*, v. 26, n. 1, p. 61-69, 2017.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

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

RODRIGUES, D. C. *et al.* Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. *HU Revista*, v. 42, n. 3, p. 197-203, 2016.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature medicine*, v. 26, n. 4, p. 485-497, 2020.

SHARMA, A.M. *et al.* Perceptions of barriers to effective obesity management in Canada: Results from the ACTION study. *Clin Obes*, v. 9, n. 5, p.1-11, 2019.

TAROZO, M.; PESSA, R. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. *Psicol. ciênc. prof.*, v. 40, p. 1-16, 2020.

WORLD OBESITY FEDERATION. Obesity: missing the 2025 global targets. Trends, Costs and Country Reports. Mar, 2020. Disponível em: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/WOF_Missing_the_2025_Global_Targets_Report_FINAL_WEB.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.



UNIDADE TEMÁTICA 2

BASES CONCEITUAIS DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

.....

**Do campo à mesa,
o que está por trás do que comemos?**

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

Do campo à mesa, o que está por trás do que comemos?

BASES CONCEITUAIS DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Bianca Dias Ferreira

Geórgia Correa Alencar

Natalia Quaresma de Souza



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

Como a (in)visibilidade da obesidade impacta nos serviços de saúde?

Quando se fala em obesidade, é impossível dissociar sua relação com a Alimentação e Nutrição dos sujeitos e coletividades. Neste curso, tratando-se de uma iniciativa de combate e enfrentamento da obesidade no contexto da APS/AB, é fundamental explicitar os princípios de uma alimentação adequada e saudável.

Nesse sentido, é importante compreender que a adoção e manutenção de um estilo de vida saudável vai muito além das orientações realizadas pelas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (eAB/eSF) e equipe interprofissional nos serviços de saúde, perpassando, principalmente, pela alimentação como processo social que extrapola a ingestão adequada ou inadequada de nutrientes (Figura 10).

Além disso, diversos fatores podem interferir na não adesão desse estilo de vida saudável e, no que se refere à alimentação e nutrição, isso se torna ainda mais importante, visto que as práticas alimentares dependem da disponibilidade e do acesso regular aos alimentos saudáveis e podem ser capazes de influenciar de forma importante na condição de saúde dos indivíduos.

Então, nesta Unidade abordaremos diversos conceitos e princípios para melhor compreensão desse universo que engloba a alimentação, além de contextualizar como abordá-los na sua rotina de serviço.

Figura 10. Representação das possíveis escolhas alimentares dos indivíduos



Fonte: Pixabay

Esta Unidade Temática contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- Compreender os cuidados relativos à alimentação e nutrição no contexto das políticas públicas;
- Realizar a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) propondo aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, respeitando o contexto local.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN)

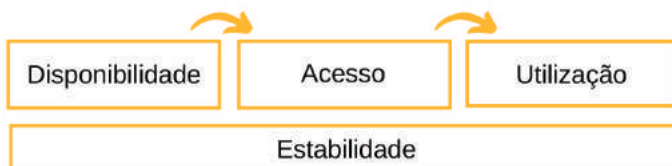


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

No Brasil, SAN é definida como 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).

Na prática, SAN envolve quatro dimensões (Figura 11) que remetem à abordagem articulada de temas como a reforma agrária, agroecologia, biodiversidade, saúde, nutrição, educação, entre outros. Quanto ao setor saúde, sua contribuição direta ocorre por meio da organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), que corresponde aos cuidados relativos à alimentação e nutrição para a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Figura 11. Dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de FAO, 2014.

Figura 12. Representação do acesso aos alimentos



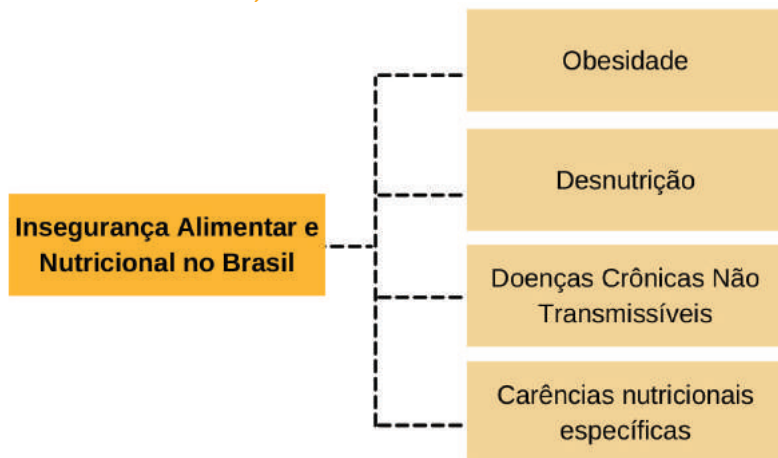
Fonte: Pixabay.

O inverso de SAN, ou a dificuldade em alcançá-la, se configura como a Insegurança Alimentar¹. Por exemplo, se o preço dos alimentos aumenta e a renda da população não, as famílias, principalmente as de baixa renda, diminuem a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos (Figura 12). Ou, se o preço dos alimentos integrais, frutas e verduras forem muito mais caros do que aqueles ricos em açúcar, gordura e sal, a tendência é que o consumo desse último grupo cresça.

Essa situação fica ainda mais grave, pois essa diferença de preços vem associada às propagandas e publicidades excessivas de alimentos industrializados. Todos esses fatores observados, na atualidade, contribuem com o aumento da prevalência da obesidade e doenças associadas à população (Figura 13).

1 Acesso irregular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente.

Figura 13. Panorama da Insegurança Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de UFSC, 2019.



E NO TOCANTINS?

Para investigar essa realidade no contexto local, foi realizado um estudo transversal de base populacional, por pesquisadoras da Universidade Federal do Tocantins (UFT), na área urbana de 22 municípios das oito microrregiões do Estado. Acompanhe a seguir os principais achados desse estudo.

Entre as famílias residentes na zona urbana do Estado do Tocantins, encontra-se elevada prevalência de Insegurança Alimentar, atingindo 63,4% da população do estado, sendo os principais fatores associados a essa situação:

- a baixa escolaridade do chefe de família;
- a menor renda *per capita*;
- o recebimento de benefício de programa socioassistencial;
- a falta de água filtrada no domicílio.

Figura 14. Representação da relação entre renda e acesso aos alimentos



Fonte: Pixabay.

Essas condições, somadas a outras que contribuem para a situação de Insegurança Alimentar tornam essas famílias mais vulneráveis, mostrando a necessidade e a importância de ações e políticas públicas locais (Figura 14). Estas promovem melhoria das condições de saúde e educação como também geração de emprego e renda para a população e, conseqüentemente, do cenário da Insegurança Alimentar e Nutricional no Estado.



SAIBA MAIS!

Acesse na íntegra os artigos:

Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil.



Food availability and food insecurity in households in the state of Tocantins, Northern Brazil.



Apesar da elevada prevalência de Insegurança Alimentar² e das opções de alimentação muitas vezes serem restritas nos pequenos municípios do interior do Estado, alimentos *in natura* ou minimamente processados³ correspondem a 61% do total de calorias disponíveis nos domicílios, oriundos de alimentos como arroz, feijão, leite, macarrão, trigo, farinhas de milho e mandioca, além de frutas e hortaliças.

Essa elevada disponibilidade de alimentos saudáveis no nosso estado se deve à sazonalidade e facilidade de acesso, devido à disponibilidade gratuita do cultivo no quintal ou próximo a casa para autoconsumo, dispensando a compra desses alimentos, ou ainda, a partir de doações (Figura 15).

2 Acesso irregular à alimentos de qualidade e em quantidade suficiente.

3 Alimentos que não sofreram alterações em sua composição.

Figura 15. Representação do cultivo de alimentos



Fonte: Pixabay



Fonte: Foto dos autores.

No entanto, a situação de Insegurança Alimentar ainda é preocupante no estado do Tocantins, e o estudo citado evidencia o papel da agricultura urbana na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional por meio da melhoria do acesso aos alimentos, uma vez que os cultivados em quintais contribuem para uma alimentação familiar mais saudável e, por consequência, liberam parte da renda familiar com a compra de alimentos.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP01) Cite abaixo pelo menos três intervenções relacionadas à SAN realizadas em seu território de atuação no último ano.

AÇÃO 1	AÇÃO 2	AÇÃO 3
.....
.....
.....
.....
.....

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (DHAA)



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O DHAA foi expressamente incluído na Constituição Brasileira com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64 do ano de 2010 e consiste no acesso físico e econômico a alimentos, água e recursos que garantam esse acesso de modo contínuo. Nesta definição, o termo alimentação adequada, compreende o contexto e as condições culturais, sociais, econômicas, climáticas e ecológicas de cada pessoa, etnia ou grupo social (BRASIL, 2010).

Figura 16. Representação de situações em que o DHAA não é respeitado



Fonte: Pixabay.

O DHAA implica em quatro dimensões interdependentes que devem ser consideradas para que esse direito seja garantido, conforme apresentado no Quadro 02.

Quadro 02. Dimensões do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável

DISPONIBILIDADE	A partir de terras produtivas ou de outros recursos naturais e alimentos comprados na rede de comércio local ou obtidos por meio de ações de provimento (ex.: entrega de cestas básicas).
ADEQUAÇÃO	Considera a parte nutricional, sanitária, cultural, religiosa e étnica da alimentação, além das necessidades e particularidades individuais e coletivas (ex.: incentivo ao consumo de alimentos regionais).
ACESSO	Refere-se aos recursos necessários para obtenção de alimentos em qualidade e quantidade adequadas, à disponibilidade de locais de comercialização e ou provimento de alimentos (ex.: optar pelo consumo de alimentos produzidos localmente).
ESTABILIDADE	Considera a regularidade com que os alimentos estão disponíveis e acessíveis à população, devendo ser permanente, durante todo o ano (ex.: incentivo às hortas comunitárias).

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de UFSC, 2019.

Outros aspectos que devem ser considerados para a garantia plena do DHAA são o acesso à informação cientificamente comprovada e respaldada, a regulamentação da propaganda e da publicidade, o acesso a recursos produtivos, como terra e água, e a possibilidade concreta de

exigibilidade dos direitos humanos. Além disso, a execução do DHAA e da SAN da população se dá por meio do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Figura 17. Articulação entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

E, no contexto da saúde pública, outras políticas apresentam relação estratégica com o SISAN, como: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Na Figura 17 é possível observar como esses sistemas se relacionam.

SOBERANIA ALIMENTAR

Agora que já apresentamos os conceitos de SAN e DHAA, vamos refletir sobre a Soberania Alimentar. Para isso precisamos falar de comida, desde sua produção até o consumo.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo, pautado em alimentos saudáveis e culturalmente adequados, produzidos de forma sustentável e ecológica (FÓRUM MUNDIAL PELA SOBERANIA ALIMENTAR, 2007).

A Soberania Alimentar coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem os alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas, além de defender os interesses e incluir as futuras gerações. Assim, pode ser compreendida a partir de três grandes dimensões:

1. a autonomia e condições de vida e trabalho dos agricultores, que reflete diretamente na produção de alimentos;
2. a autossuficiência dos países com relação a sua produção para consumo interno;
3. a preservação da biodiversidade, da cultura e dos hábitos alimentares da população.

Quando o indivíduo está em estado de SAN podemos dizer que seu DHAA foi respeitado, considerando todas as suas dimensões. Mas para

que haja esse acesso a alimentos seguros e saudáveis é necessário um modelo de desenvolvimento rural que seja ambiental, social, cultural e economicamente sustentável. E quando falamos em produção, comercialização e distribuição de alimentos, estamos, portanto, nos referindo à Soberania Alimentar, conforme representado na Figura 18.

Figura 18. Representação da produção e comercialização de alimentos por pequenos produtores



Fonte: Pixabay.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP03) Você deve ter percebido que os conceitos de SAN, DHAA e Soberania Alimentar são complementares, não é verdade? Em conjunto com o seu grupo, elabore um esquema, no *Canva*, evidenciando os elementos da soberania alimentar e a sua relação com a SAN e o DHAA. Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

SISTEMAS ALIMENTARES



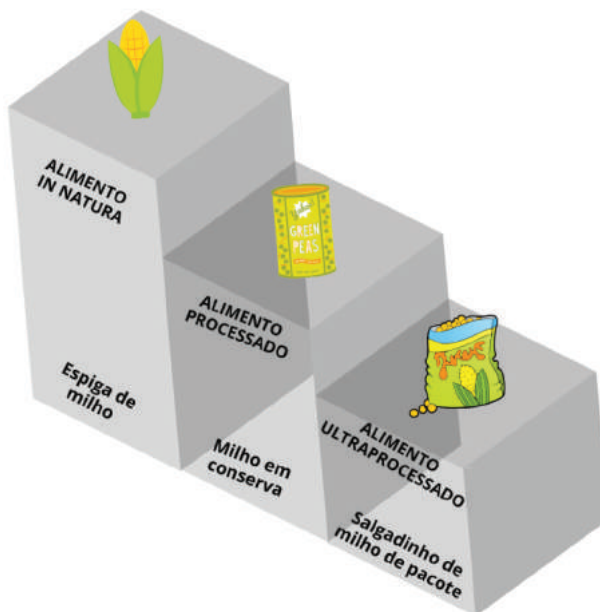
CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Um sistema alimentar compreende todos os elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestruturas, instituições, etc.) e atividades relacionadas à produção, transformação, distribuição, preparação e consumo de alimentos que irão gerar resultados no estado nutricional e de saúde das populações, além de impactos socioeconômicos e ambientais na sociedade como um todo (UFSC, 2019).

O Guia Alimentar brasileiro defende que um sistema alimentar deve proteger e respeitar a biodiversidade e os ecossistemas, ser culturalmente aceito, acessível, economicamente justo, nutricionalmente adequado, seguro e saudável, enquanto os recursos naturais e humanos são otimizados.

Em contraponto, as formas de produção, distribuição, comercialização e consumo dos alimentos ultraprocessados⁴ afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente. Na Figura 19 é apresentada a classificação dos alimentos de acordo com seu nível de processamento na indústria, o que pode implicar desde a sua produção, até a saúde do consumidor final, devido às alterações em sua composição nutricional que acontecem neste processo.

Figura 19. Classificação dos alimentos conforme grau de processamento



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



SAIBA MAIS!

Para compreender melhor sobre as escolhas alimentares leia o capítulo 2 do **Guia Alimentar para a População Brasileira**.



Considerando as mudanças nas formas de produzir e distribuir alimentos ao longo do tempo, observe no Quadro 03 as principais diferenças entre sistemas alimentares sustentáveis e não sustentáveis.

Quadro 03. Principais contrapontos de sistemas alimentares sustentáveis e não sustentáveis

SISTEMAS NÃO SUSTENTÁVEIS	PRODUÇÃO	PROCESSAMENTO	COMERCIALIZAÇÃO	CONSUMO
	Agricultura convencional	Elevado Processamento	Cadeias Longas	Consumo Não Sustentável
	Patronal	Retirada de nutrientes	Grande nº de intermediários	Hábitos não saudáveis
	Monocultura	Refinamento	Longas distâncias	Indisposição para comprar produtos sustentáveis
	Transgênicos	Adição de Gorduras trans	Desvalorização de produtos locais	Alto consumo de ultraprocessados
	Agrotóxicos	Adição de conservantes	Preços elevados	Busca por preparo rápido
	Criação intensiva de animais	Aditivos derivados da soja e milho	Valorização de grandes redes	Alimentação não diversificada
	Elevado desperdício: alimentos, energia, água			
SISTEMAS SUSTENTÁVEIS	Agroecologia	Baixo Processamento	Cadeias Curtas	Consumo Sustentável
	Agricultura familiar	Manutenção dos nutrientes	Poucos intermediários	Alimentos agroecológicos
	Diversificada	Processamento mínimo	Proximidade do produtor	Disponibilidade de produtos sustentáveis
	Orgânicos	Sem adição de gorduras trans	Comércio justo e economia solidária	Compra direta de agricultores familiares
	Sazonais	sem adição de conservantes	Valorização do produto e do produtor	Alimentos regionais e diversificados
	Integração lavoura-pecuária-floresta	Sem outros aditivos	Confiança no produtor	Habilidades culinárias
	Baixo desperdício: alimentos, energia, água			

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Martinelli & Cavalli, 2019.



VAMOS REFLETIR?

Na sua cidade ou no seu território de atuação existem sistemas alimentares sustentáveis? Você reconhece algum sistema alimentar não sustentável na sua cidade?

Em termos de consumo interno, a agricultura familiar é a principal estratégia de produção sustentável de alimentos e ocupa posição de destaque na produção, correspondendo em média a 70% dos alimentos consumidos nacionalmente. Na Figura 20 podemos observar como se apresentam os diferentes sistemas alimentares.

Figura 20. Representação de sistemas alimentares sustentáveis e não sustentáveis



Fonte: Pixabay.

Outros sistemas alimentares de produção são a Agroecologia e Produção Orgânica, iniciativas que se propõem ao desafio de aumentar a produção e a oferta de alimentos saudáveis, conservando os recursos naturais e ampliando o acesso físico e financeiro desses alimentos à população. A Figura 21 representa o imaginário social em relação à disponibilidade e acesso aos alimentos orgânicos.

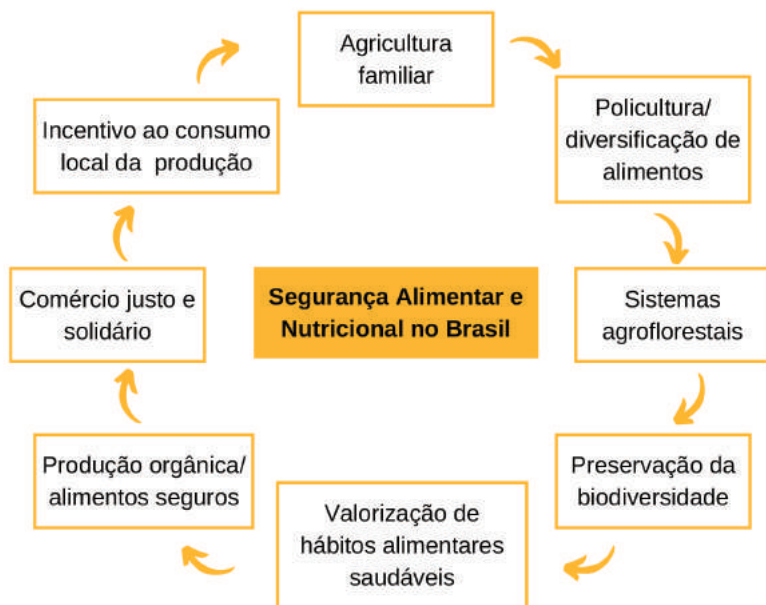
Figura 21. Charge sobre o acesso de alimentos orgânicos nos diferentes níveis socioeconômicos da população



Fonte: Jornal Correio Popular. Charge do dia 07/06/2013. Disponível em: http://correio.rac.com.br/_conteudo/2013/06entretenimento/charges/67530-charge-do-dia.html.

Fortalecer a agricultura familiar, portanto, representa uma interferência positiva na rota de um sistema alimentar, que é historicamente marcado pela hegemonia da produção de monocultivos, como, por exemplo, a produção em larga escala de soja no Brasil. Assim, os investimentos públicos na agricultura familiar, aliados aos contextos político e institucional favoráveis, contribuem efetivamente para a SAN. Confira na Figura 22, como a SAN se relaciona com uma cadeia produtiva sustentável.

Figura 22. Impactos da SAN no círculo de produção e distribuição dos alimentos



Fonte: Elaboração própria. Adaptada de FAO, 2017.

Esses modelos de produção também dialogam com outro elemento central da SAN, que é o de proteção e promoção da sociobiodiversidade⁵. Assim, estar atento ao território, à produção local e ao ambiente alimentar é fundamental, afinal, os sistemas alimentares locais e regionais têm o potencial de promover sistemas alimentares sustentáveis (Figura 23).

5 Conceito que envolve a relação entre a diversidade biológica, os sistemas agrícolas tradicionais e seu manejo junto com o conhecimento e cultura das populações tradicionais e agricultores familiares.

Figura 23. Exemplos de Sistemas Alimentares que permitem garantir a SAN e DHAA da população



Agricultura familiar



Hortas escolares



Hortas comunitárias

Fonte: Pixabay.

Não há dúvidas de que o modelo agrícola convencional, centrado no uso excessivo de recursos naturais e de agrotóxicos, permite grande produtividade de alguns cultivos em certas regiões. Entretanto, o mesmo gera forte agressão ao ambiente e responde mais ao mercado externo do que às reais necessidades alimentares da população, sendo insustentável em longo prazo.

Nesse sentido, a SAN perpassa pela implementação de estilos de Agricultura Sustentável, considerando o manejo adequado dos recursos naturais, a heterogeneidade dos agroecossistemas, os conhecimentos

locais e os avanços científicos e tecnológicos que resultam em uma produção menos agressiva ao ambiente e à saúde das pessoas.



VAMOS REFLETIR?

Precisamos urgentemente refletir sobre os nossos hábitos alimentares. Você acha que tem o poder de escolher o que consome? Ou será que tudo que você encontra nos supermercados já foi previamente escolhido por quem produz, processa ou distribui os alimentos?

Quando há produção extensiva de algum alimento, ele gera excedentes de produção, que irão voltar para o nosso prato após um processo de industrialização, o que pode ser, por exemplo, observado com a soja. Assim, tente achar algum produto industrializado (como pão, biscoito e salgadinho) que não contenha nenhum derivado de soja e provavelmente você terá dificuldade em encontrar!



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP04) Agora que você conhece mais sobre os sistemas alimentares, elabore um breve comentário sobre como esses sistemas podem influenciar no enfrentamento e controle da obesidade. Compartilhe seu comentário no *Fórum*, disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

.....

.....

.....

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E TERRITÓRIO

Sabemos que as circunstâncias que envolvem o consumo de alimentos são importantes para determinar o que e a quantidade que será consumida, mas, para além das questões individuais, a organização do espaço/ambiente/território onde se vive também influencia diretamente na alimentação e na saúde dos sujeitos.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Entende-se por território um espaço delimitado, onde pessoas vivem, se relacionam e trabalham. E, além disso, é também um espaço histórico que está em constante transformação, como produto da dinâmica de forças sociais, resultante da ação de homens concretos (MENDES & DONATO, 2003).

No contexto da saúde, o território vai além de uma delimitação espacial, ele apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, social e cultural, o que o caracteriza como um território em permanente construção (Figura 24).

Dessa forma, o processo de territorialização consiste em conhecer todos os detalhes da área de abrangência da unidade de saúde, e deve ser feito por todos os profissionais! Salieta-se que esse conhecer implica assumir o compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde eles se relacionam.

Figura 24. Representação da influência do ambiente no consumo alimentar dos indivíduos



Fonte: Pixabay.

Com todos os dados levantados, é possível realizar o diagnóstico e o planejamento das ações relacionadas à promoção, prevenção e controle dos eventos que influenciam na saúde da comunidade inserida nesse território.



VAMOS REFLETIR?

Como nós, profissionais da saúde, podemos intervir nesse ambiente? Quais as ações possíveis para que ocorra a melhoria desse contexto em nível local?

Precisamos, primeiramente, compreender a relação que existe entre o sistema alimentar e o ambiente/território, visto que as formas de produção e comercialização dos alimentos promovem mudanças na cadeia de fornecimento dos mesmos, a depender do território observado.

Ou seja, os modos de produção dos alimentos estão diretamente relacionados à disponibilidade e acesso deles naquele território geográfico. Dessa forma, podem existir espaços com oferta de alimentos saudáveis, enquanto outros apenas conseguem encontrar e consumir alimentos ultraprocessados, e isso, conseqüentemente, afetará a saúde e o estado nutricional da população ali localizada. Na Figura 25, observamos a comercialização de alimentos produzidos localmente através de feiras livres.

Figura 25. Representação do acesso a alimentos saudáveis em feira local



Fonte: Pixabay.

Por fim, vale ressaltar que, nas últimas décadas, a nossa sociedade (principalmente nos grandes centros) produziu um ambiente obesogênico⁶, que conduz os indivíduos para estilos de vida não saudáveis e de ganho de peso excessivo, causando efeitos diretos na saúde. Esse ambiente está relacionado também com a disponibilidade, o acesso e a qualidade dos alimentos, a possibilidade de realização de atividade física, as jornadas e tipos de trabalho contemporâneos e os índices de acometimento por problemas de saúde mental.

A Figura 26 traz a representação de alimentos hipercalóricos amplamente comercializados, do interior à cidade grande.

Figura 26. Representação de alimentos altamente calóricos consumidos pela população



Fonte: Pixabay.

6 Local que inclui aspectos que se mostraram relacionados a possíveis causas e efeitos que geram a obesidade.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP05) Você e sua equipe já fizeram um diagnóstico do seu território de abrangência? Conhecem os diversos fatores que podem influenciar nos hábitos alimentares e na saúde da população adscrita?

Descreva, a seguir, pelo menos cinco características presentes no seu território que influenciam negativamente no estilo de vida dos indivíduos.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AMBIENTE ALIMENTAR: DESERTOS, PÂNTANOS E OÁSIS ALIMENTARES



VAMOS REFLETIR?

Você já ouviu falar em ambiente alimentar? Sabe como ele influencia na saúde e nas escolhas alimentares dos indivíduos?

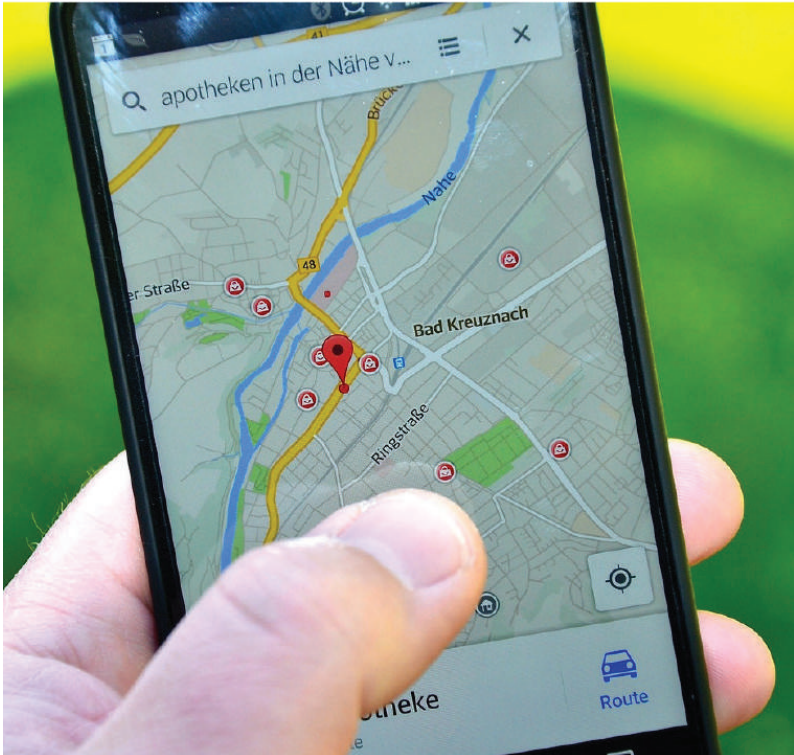
Pode-se afirmar que um ambiente alimentar favorável, caracterizado por maior disponibilidade e acesso a estabelecimentos de vendas de alimentos saudáveis, podendo propiciar hábitos alimentares saudáveis e menor prevalência de obesidade. Entretanto, a acessibilidade espacial desses alimentos é apenas um dos múltiplos determinantes de um estilo de vida saudável (Figura 27). Outro agravante é o fato de que a SAN não está presente no cotidiano de todos os cidadãos, principalmente dos moradores de regiões com menor acesso e disponibilidade de alimentos saudáveis.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Um ambiente alimentar são espaços físicos que envolvem fatores econômicos, políticos e socio-culturais, oferecendo condições e oportunidades para o acesso ao alimento pelo consumidor, determinando suas preferências, escolhas alimentares e estado nutricional (GLANZ, *et al.* 2015)

Figura 27. Representação de acessibilidade espacial dentro de uma região geográfica



Fonte: Pixabay.

Nesse contexto, na década de 1990, frente à complexa problemática do enfrentamento da obesidade, foi proposto um modelo teórico que buscou esclarecer a influência do ambiente sobre a obesidade, conforme apresentado no Quadro 04.

Quadro 04. Aspectos relacionados com a formação do ambiente alimentar.

ECONÔMICO	Refere-se aos gastos com alimentação, visto que a renda da população influencia diretamente em suas escolhas alimentares e, conseqüentemente, na saúde.
POLÍTICO	Associa-se às políticas e programas que podem influenciar diretamente nas escolhas e no comportamento alimentar dos sujeitos (ex.: restaurante popular).
SOCIOCULTURAL	Relaciona-se aos diferentes significados da alimentação; levando em consideração os aspectos internos (relação psicoafetiva com os alimentos) e externos dos indivíduos (pressão social imposta pela mídia sobre o consumo de alimentos não saudáveis ou o incentivo na criação de ambientes que possibilitem práticas corporais e de lazer).
FÍSICO	Refere-se à forma como a cidade está construída: suas ruas, calçadas, comércio de alimentos, sistema de transporte, moradias, espaços de lazer, uso da terra, presença de hortas ou feiras, entre outros.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de UFSC, 2019.

Segundo os autores, 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 são considerados “ambientes obesogênicos”⁷. Acredita-se, dessa forma, que intervenções no ambiente alimentar têm grande potencial como estratégias eficazes para criar melhorias no comportamento alimentar em nível populacional.

7 Ambiente obesogênico: local que inclui aspectos que se mostraram relacionados a possíveis causas e efeitos que geram a obesidade.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP06) No Brasil, os estudos sobre ambientes alimentares vêm crescendo nos últimos anos, buscando-se entender a relação do tipo de alimento ofertado, saudável ou não saudável, como determinante nas escolhas alimentares e no perfil nutricional da população.

Faça uma busca rápida de artigos, no Google Acadêmico, para conhecer mais sobre a temática, filtrando os resultados referentes aos últimos cinco anos.

Sugestões de descritores:

- Ambiente alimentar e obesidade;
- Ambiente e consumo alimentar;
- Ambiente obesogênico.

Lembre-se de compartilhar conosco no *Fórum*, disponível no ambiente virtual de aprendizagem!

.....

.....

.....

.....

Os termos “desertos alimentares” e “pântanos alimentares” são terminologias que surgiram para classificar o ambiente alimentar considerando o acesso físico aos alimentos e as condições socioeconômicas.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Desertos alimentares: Em geral, são caracterizados como vizinhanças socialmente vulneráveis que não têm ou possuem acesso físico limitado aos alimentos saudáveis (*in natura* ou minimamente processados).

Pântanos alimentares: São vizinhanças em que o acesso físico é facilitado para os alimentos não saudáveis (processados⁸ e ultraprocessados) (VANDEVIVERE, 2019)

Figura 28. Representação de alimentos não saudáveis de fácil acesso pela população



Fonte: Pixabay.

Tanto “desertos” quanto “pântanos alimentares” estão relacionados a problemas quanto à alimentação e nutrição e às altas taxas de obesidade, uma vez que nessas áreas há uma restrição ao acesso a opções saudáveis, além de alta densidade de redes de *fast food* e lojas de conveniência no ambiente em que vivem (Figura 28).

8 Alimentos processados: alimentos que recebem adição de sal, açúcar ou outra substância de uso culinário, para torná-lo durável e mais agradável ao paladar



VAMOS REFLETIR?

Quantos quilômetros você precisa andar, da sua casa até o estabelecimento mais próximo, para comprar algum alimento saudável? Você acha que na sua cidade existem regiões que são desertos ou pântanos alimentares?

Esses dois cenários obrigam as pessoas a se locomoverem para as regiões centrais da cidade ou a outros lugares de maior poder aquisitivo, onde ficam concentrados os hortifrúti, feiras, peixarias, açougues, mercearias, supermercados, hipermercados e demais estabelecimentos, para, assim, obterem alimentos saudáveis (alimentos *in natura* ou minimamente processados⁹).

Outro termo utilizado para caracterizar os ambientes alimentares, mas que, diferentemente dos anteriores, aborda a disponibilidade adequada de alimentos saudáveis, são os “oásis alimentares”.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Oásis alimentares: Em geral, consistem em vizinhanças com acesso limitado a alimentos não saudáveis a fim de favorecer um estilo de vida saudável (BRIDLE-FITZPATRICK, 2015).



VAMOS REFLETIR?

Então o que fazer? Quais as possibilidades de mudança frente a essa situação?

9 Alimentos que não sofreram alterações em sua composição.

A fim de influenciar positivamente o comportamento alimentar, é emergente a necessidade de políticas públicas que incentivem a criação de feiras livres e de outros locais que facilitem o acesso a alimentos *in natura* ou minimamente processados pelas cidades, com o objetivo de reduzir as desigualdades de acesso a alimentos saudáveis.

Podemos ainda dedicar espaços públicos, como as praças, para a criação de hortas comunitárias, oferta de produtos *in natura* na alimentação escolar, em restaurantes populares, e incentivar que o mesmo seja feito em refeitórios de empresas. Como também a implementação de atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), para que essas pessoas estejam conscientes do que estão ingerindo e, assim, possam fazer elas mesmas escolhas mais saudáveis.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP07) Sobre o território onde você trabalha:

- Quantos estabelecimentos comercializam alimentos saudáveis?
- E com relação aos estabelecimentos que comercializam alimentos não saudáveis, existem quantos?

Enumere, logo à frente da pergunta, quantos estabelecimentos você conseguiu identificar no seu território de atuação. Esse é mais um dado que você pode utilizar na elaboração do diagnóstico territorial.

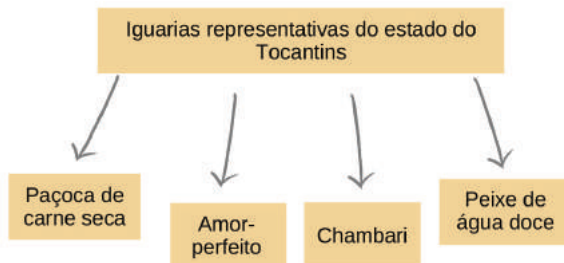
ALIMENTAÇÃO, REGIONALIDADE E CULTURA ALIMENTAR

O pensamento antropológico da alimentação aponta que o comportamento relativo à comida revela a cultura. Entende-se o ato de comer como algo natural e cotidiano, mas as escolhas do que, como e quando comemos caracteriza respostas culturais a contextos sociais, políticos, econômicos, étnicos, ambientais e morais.

Assim sendo, percebe-se que a globalização produziu uma nova forma de constituir a alimentação, e as redes de *fast food* acompanhadas do marketing das grandes empresas, têm contribuído para essa mudança nas estruturas alimentares.

Nosso país, no entanto, incorpora em sua culinária a cultura original de populações indígenas, assim como vasto número de tradições dos imigrantes, como a africana, portuguesa, japonesa, entre outras. Na Figura 29 é possível observar alguns dos alimentos que compõem a cultura alimentar tocantinense.

Figura 29. Alimentação regional tocantinense



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de SANTOS, F. G.; BASTOS, S., 2016.

Podemos perceber, então, que o patrimônio culinário está expresso nos pratos, nas receitas tradicionais e faz parte da memória afetiva, do registro, da transmissão oral de nossa herança cultural que convive com a modernidade.



SAIBA MAIS!

Para conhecer os alimentos de cada região do Brasil e as receitas culinárias acesse a seguinte publicação do Ministério da Saúde: **Alimentos Regionais no Brasil**.



Entretanto, muitos alimentos nutritivos e saborosos que antes eram apreciados e faziam parte das refeições familiares têm sido, aos poucos, esquecidos ou desvalorizados. As transformações da sociedade, após a urbanização, industrialização e desenvolvimento de tecnologias, são as principais responsáveis por esse movimento.

Ao mesmo tempo, essas mudanças no modo de vida e consumo da população são associadas ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), enquanto as comunidades que preservam sua cultura alimentar regional tendem a possuir melhores condições de saúde e nutrição.

Os hábitos e práticas alimentares produzidos historicamente se tornam hábitos culturais que integram o viver coletivo, e as escolhas alimentares passam a representar mais do que a utilização do alimento, mas uma preparação culinária, temperada, saboreada, que estabelece identidade social. Alguns alimentos típicos brasileiros, por exemplo, são representados na figura a seguir.

Figura 30. Representação de alimentos que fazem parte do hábito cultural no Brasil



Fonte: Pixabay.



SAIBA MAIS!

Clique [aqui](#) e leia sobre os “Hábitos alimentares no Brasil: conheça a cultura em cada região brasileira.”



Nesse contexto, o *Guia Alimentar para a População Brasileira* constitui uma importante estratégia para o resgate da cultura alimentar, assim como outros materiais do Ministério da Saúde que incentivam a culinária regional do nosso país. O Guia Alimentar, inclusive, apresenta preparações que compõem uma alimentação saudável e que são típicas de cada região do país, por exemplo, a tapioca e o cuscuz, que fazem parte do hábito cultural das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Figura 31. Representação de alimentos que fazem parte do hábito cultural das regiões Norte e Nordeste do Brasil



Fonte: Pixabay.



VAMOS REFLETIR?

E o que você, profissional da saúde, pode fazer para contribuir com a preservação da cultura alimentar do território em que atua?

Podemos incentivar o resgate, o reconhecimento e a incorporação dos alimentos regionais no cotidiano das práticas alimentares, pois isso é uma importante iniciativa de melhoria do padrão alimentar e nutricional, contribuindo para a garantia do DHAA e da SAN da população brasileira.



VAMOS PRATICAR?

(UT02_VP08) Você consegue identificar cinco pratos típicos da sua região? Quais são eles?

.....
.....

Dos pratos que você citou acima:

Quantos você sabe preparar?

Quantos fazem parte da sua rotina alimentar?

Escolha um desses pratos e, em grupo, produza uma receita conforme modelo disponível e compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

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

INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA E DAS MÍDIAS NA ALIMENTAÇÃO

Como já vimos, no Brasil, a transmissão de habilidades culinárias entre gerações vem perdendo força, e as pessoas mais jovens possuem cada vez menos confiança e autonomia para preparar alimentos.

As razões para isso envolvem a desvalorização do ato de preparar, combinar e cozinhar alimentos como prática cultural e social, além do aumento de tarefas cotidianas para os indivíduos, como também a oferta massiva e publicidade agressiva dos alimentos ultraprocessados. Este último fator é importante, pois esse mesmo grupo de alimentos pode ser encontrando com grande facilidade (Figura 32).

Figura 32. Oferta de alimentos industrializados em supermercados



Fonte: Pixabay.

Da mesma forma, há outros fatores apontados pela população que são identificados como obstáculos para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Sendo eles:

- O custo mais elevado e dificuldade de acesso aos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados;
- A necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação;
- A exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis.

Figura 33. Representação de uma criança em frente às telas, um dos principais públicos-alvo da indústria de alimentos



Fonte: Pixabay.

A maioria desses convincentes e sedutores anúncios é dirigida diretamente a crianças e adolescentes, estimulando o consumo diário e em grande quantidade dos produtos ultraprocessados; uma vez que esses grupos etários estão frequentemente mais expostos a TVs, Smartphones, entre outras tecnologias (Figura 33). Esse fator gera preocupação nesses ciclos da vida, pois além de influenciarem na escolha das compras das famílias, os mais jovens estão em formação de seus hábitos de consumo, que poderão prolongar-se pelo resto de suas vidas.



ESTUDO DE CASO

(UT02_EC01) Lourdes, fisioterapeuta da UBS Raio de Sol, enquanto aproveitava seu final de semana com a família, começou a prestar atenção nas diversas propagandas que o seu filho de 4 anos assistia no intervalo dos desenhos.

Lourdes ficou assustada ao perceber que a maioria das propagandas estava promovendo o consumo de alimentos industrializados que possuíam brinquedos como brindes ou vinham com embalagens com personagens de desenhos, fazendo-a compreender o comportamento do filho, que sempre pedia esses biscoitos ou outras guloseimas ao ir no mercado.

Assim como Lourdes, você já percebeu que os brasileiros de todas as idades são diariamente expostos a diversas estratégias utilizadas pela indústria de alimentos na divulgação dos seus produtos? Os diferentes meios de comunicação, locais estratégicos de visualização dentro dos supermercados e embalagens atraentes são alguns dos exemplos mais frequentes dos mecanismos adotados para a sedução e convencimento dos consumidores.

Cite três estratégias que são necessárias para superar esse obstáculo na adoção de uma alimentação saudável através da ferramenta *Mentimeter*, cujo link será disponibilizado pelo tutor da oficina.

.....

.....

.....

.....

CONCLUSÃO

Todos os elementos abordados nesta Unidade Temática convergem para a promoção da SAN, desde a garantia do DHAA e da Soberania Alimentar, ao resgate da cultura alimentar, à regionalidade da alimentação e aos sistemas de produção e abastecimento sustentáveis, apesar da influência da indústria, da mídia e do ambiente nas escolhas alimentares da população. Afinal de contas, as escolhas alimentares de cada pessoa determinam o mercado que sustentamos como sociedade.

Portanto, mudanças simples, como trocar o supermercado pela feira local, ou optar por alimentos *in natura* ao invés de alimentos ultraprocessados, ou optar por investir em uma refeição de restaurante local em vez de ir a um *fast food* são atitudes que fazem toda a diferença. O *Guia Alimentar para a População Brasileira* é um material didático e simples que pode auxiliar nessas pequenas mudanças na rotina de trabalho e de vida.



PARA IR ALÉM!

Você, como profissional de saúde, deve sensibilizar a comunidade em seu território de atuação e promover SAN na rotina do serviço na APS/AB através de:

- Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
- Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Sensibilização quanto à aquisição de alimentos derivados de sistemas alimentares sustentáveis, entre outros.



ESTUDO DE CASO – Parte 2:

(UT02_EC02) Na semana seguinte, aconteceu a reunião do grupo Hiperdia, a equipe interprofissional estava presente, e compareceram cinco pacientes que, além das patologias em questão, vivem também com obesidade. Iniciou-se a discussão sobre modos de vida. Logo, alguns participantes falaram sobre a sua realidade:

- *Eu tento fazer a dieta da forma como foi prescrita aqui pela nutricionista, mas às vezes não dá. A feira fica muito longe da minha casa, então nem sempre eu consigo comprar as verduras do jeito que ela me ensinou e também tem dias em que está muito corrido, tem que cozinhar, cuidar da casa, então, não segui direitinho, tem que comprar uma comida mais rápido de fazer... Sem contar que esses alimentos mais saudáveis são caros né? Nem sempre dá pra comprar. Além disso, não é fácil cozinhar pra muita gente, as crianças sempre querem algo gostoso... Um refrigerante, uma batata frita, aí fica difícil também de fazer e não provar (Risos) – Disse Joana que fazia o tratamento contra obesidade há um ano e meio e que vivia uma luta constante contra balança.*

Maria compareceu ao grupo, mesmo contrariada, mas após a fala de Joana concordou e resolveu acrescentar:

- *Eu sei como é estar nessa situação, moro com meu marido, dois filhos e uma nora. Sempre que a família está reunida, eles sempre querem algo gostoso, uma torta, uma galinhada com pequi... Então é difícil manter o foco pra perder peso. Meu marido mesmo nunca reclamou, acho que eles não me ajudam na dieta porque nem me enxergam como gorda, meu filho sempre diz que eu sou linda desse jeito, que ele não me acha gorda e que não quer que eu mude.*

Cristina, psicóloga da unidade, achou interessante a fala de Maria, de como as pessoas do seu convívio percebiam o seu corpo. Seguindo esse raciocínio, perguntou aos demais como se sentiam quando algum profissional ou familiar falava sobre seu peso.

Rafael, outro paciente, respondeu:

- *Eu não me importo, nunca liguei pra essa questão de corpo, o importante é como você se sente. Às vezes eu sentia raiva quando meus amigos do futebol me chamavam de gordinho, mas depois passei a nem ligar, não me acho obeso, mas gordo é gordo, não tem pra onde ir. Eu amo um chambari no final de semana e não vou deixar de comer.*

Maria ponderou:

- *Como eu disse, minha família não me vê gordinha, né? Mas quando eu vou vestir uma roupa e ela não me cabe, então eu fico triste, é quando eu me sinto gorda de verdade. Antes de casar, eu já era um pouco gordinha, então, minha irmã sempre falava que eu não ia arrumar namorado, mas eu nunca fui gorda por que quis, parece que as pessoas não entendem isso! A culpa é sempre do gordo, mas você vai ao supermercado e vê aquele monte de alimentos não saudáveis em várias prateleiras... Você cresce se alimentando de uma forma e depois tem que aprender a se alimentar de outra, e ainda têm as questões genéticas e outros fatores. Então, sempre me pergunto, a culpa é só minha? Eu acho que não, ou seria mais fácil, né? Acho que tem que olhar o contexto todo e entender que é um problema que vai além da saúde.*

REFERÊNCIAS

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

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

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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*, fevereiro de 2010.

BRASIL. *Mapeamento dos desertos alimentares no Brasil*. Brasília, DF: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional.

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.

BRIDLE-FITZPATRICK, S. Food deserts or food swamps?: A mixed- methods study of local food environments in a Mexican city. *Social Science & Medicine*, v. 142, p. 202-213, 2015.

DURAN, A. C. F. L. *Ambiente alimentar urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com consumo alimentar*. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FAO. *O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional – RELATÓRIO 2014*. Brasília: 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.

GHOSH-DASTIDAR, B. *et al.* Distance to store, food prices, and obesity in urban food deserts. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 47, n. 5, p. 587-595, nov. 2014.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 4, n. 1, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Sistemas alimentares e nutrição: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição*. Brasília, DF: OPAS, 2017.

RAMIREZ, A. S. et al. Bringing produce to the people: implementing a social marketing food access intervention in rural food deserts. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, v. 49, n. 2, fev. 2017.

SANTOS, F.G; BASTOS, S. O papel do festival gastronômico de Taquaruçu na definição da gastronomia de Tocantins – TO. *Rev. Turismo – Visão e Ação, Universidade do Vale do Itajaí – Camboriú*, v. 18, n. 3., set-dez. 2016.

SCHOTT, E. et al. Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, Rio de Janeiro, v. 23, e200096, 2020.

SCHOTT, E. et al. Food availability and food insecurity in households in the state of Tocantins, Northern Brazil. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 33, e200100, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. *Segurança alimentar e nutricional com enfoque na intersectorialidade* [recurso eletrônico]. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.

VANDEVIJVERE, S. et al. The first INFORMAS national food environments and policies survey in New Zealand: A blueprint country profile for measuring progress on creating healthy food environments. *Obesity Reviews*, v. 20, p. 141-160, 2019.



UNIDADE TEMÁTICA 3

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

As dimensões da obesidade.

**Bianca Dias Ferreira
Geórgia Correa Alencar
Natalia Quaresma de Souza
Graziela Ramirez de Figueiredo
Lisandra Lustoza Ferro
Heryka Araújo Cavalcante**

TEMÁTICA GERADORA

As dimensões da obesidade.

POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

Bianca Dias Ferreira

Geórgia Correa Alencar

Natalia Quaresma de Souza

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

Como as abordagens em saúde, já existentes no seu território, podem auxiliar no enfrentamento da obesidade?

A promoção da saúde pode ser sintetizada como ações que visam proporcionar qualidade de vida¹ à população, atuando sobre fatores que determinam as condições de saúde, como os elementos socioambientais e econômicos de um território. Já as ações de prevenção concentram

1 Percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

esforços para reduzir o desenvolvimento e agravamento das doenças prevalentes na população.

Diante do exposto, as diversas políticas públicas nacionais, formuladas a partir dos princípios do SUS, orientam esses dois tipos de ações. De modo que o Ministério da Saúde disponibiliza diversos documentos para apoiá-las em seu desenvolvimento, como programas, estratégias e materiais de referência, que serão abordados nesta UT.

Sendo assim, vamos aprofundar os conhecimentos para melhor aplicar os conceitos e as estratégias nas diferentes situações de saúde dos municípios tocantinenses, inclusive no enfrentamento e controle da obesidade no SUS.

Esta Unidade Temática contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- Valorizar o enfoque e o alcance da promoção da saúde, visando mudanças positivas na saúde dos indivíduos e comunidade do território adscrito;
- Estimular o desenvolvimento da intersetorialidade para a promoção da saúde, prevenção e controle do sobrepeso e obesidade;
- Compreender os cuidados relativos à alimentação e nutrição no contexto das políticas públicas;
- Realizar a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) propondo aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente, respeitando o contexto local;
- Buscar em fontes científicas de informação as melhores evidências e práticas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao sobrepeso e obesidade, analisando-as criticamente.

PROMOÇÃO DA SAÚDE



VAMOS REFLETIR?

Você sabe identificar quais ações de promoção da saúde são realizadas em seu local de trabalho?

Existem alguns conceitos que servem para nortear as nossas ações diárias, como profissionais da saúde, no SUS. Entre eles, há o significado de saúde, cujo referencial é a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o conceito de Promoção da Saúde, definido na Carta de Ottawa.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Saúde: É um estado de “completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

Promoção da saúde: “Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OTTAWA, 1986).

O principal objetivo da Promoção da Saúde 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. Assim, a comunidade pode ser orientada a desenvolver atitudes que possam aumentar seu bem-estar psíquico e social, como representado na Figura 34.

Figura 34. Ação de promoção da saúde realizada no território



Fonte: Foto dos autores.



PARA IR ALÉM!

O que é necessário para que esse objetivo seja alcançado?

- ambientes favoráveis;
- acesso à informação;
- possibilidade de desenvolvimento de habilidades e experiências;
- oportunidades que permitam fazer escolhas mais saudáveis.

A partir desses fatores você deve estar imaginando que não é possível realizar a promoção da saúde somente com ações no âmbito da saúde, certo? Isso mesmo! Para efetivá-la são necessárias ações conjuntas, com múltipla responsabilização, conforme a Figura 35.

Figura 35. Fatores que influenciam na realização da Promoção da Saúde no território.



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2010).

Dessa forma, ao considerar que a saúde é o resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, sua promoção também necessita de 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 acontece devido à forma como as pessoas “nascem, vivem, trabalham e envelhecem”. De modo que o potencial completo de bem-estar físico, psíquico e social só poderá ser alcançado, a partir do conhecimento e domínio dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Vamos conhecer melhor essa definição e quais são esses determinantes a seguir.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os DSS podem ser sintetizados em “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).

Figura 36. 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: 7 abril 2021.

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

Isso demonstra que somente mudanças individuais relacionadas aos hábitos alimentares e a prática de atividade física não são efetivas para a promoção da saúde e prevenção da obesidade, justificando a necessidade de ações integradas que atuem sobre os DSS.



VAMOS PRATICAR?

(UT03_VP01) Em conjunto com o seu grupo, relacione no Word os Determinantes Sociais de Saúde que influenciam na prevalência da obesidade, exemplificando-os com as informações do seu território de atuação. Considere a obesidade nos diversos ciclos da vida e, ao final, compartilhe com sua equipe de saúde.

Exemplos:

- Educação: “Escola municipal João e Maria”.
- Ambiente de trabalho: “Bar do seu José”.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)

A partir da necessidade de promover a qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde e vulnerabilidades relacionadas aos DSS, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de políticas que norteiam a produção de ações de promoção da saúde. Assim, criou a PNPS.



SAIBA MAIS!
Acesse a **PNPS**

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
Resolução da Portaria MS/GM nº 147,
de 30 de março de 2006

Essa política almeja estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas nas ações de promoção da saúde, otimizando o uso dos espaços públicos de convivência para o seu desenvolvimento, favorecendo a preservação do meio ambiente para o desenvolvimento de ambientes seguros e saudáveis, bem como contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.

São vários os objetivos específicos da PNPS que norteiam a prática dos gestores e da sociedade; para conhecê-los e compreendê-los melhor, observe a Figura 37.

Figura 37. Objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde

Aumentar a autonomia e corresponsabilização	Difundir o conceito ampliado de saúde	Preservar o meio ambiente
Propiciar ações na APS/AB	Estimular alternativas inovadoras e inclusivas	Contribuir para a resolubilidade do SUS
Planejar espaços urbanos e rurais	Otimizar o uso dos espaços públicos	Prevenir fatores determinantes de doenças
Desenvolver cultura de paz	Ampliar a cooperação, solidariedade e gestão democrática	Ampliar a intersetorialidade

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2010.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Aliada a PNPS, destaca-se a PNAB, que reforça os múltiplos fatores determinantes das condições de saúde, na busca da atenção integral à população, com o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção, recuperação e promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa política segue os princípios do SUS e da RAS: universalidade, equidade e integralidade, possuindo diretrizes que reforçam o papel da APS/AB como porta de entrada para o cuidado integral e a proposição de ações conforme as necessidades da população adscrita do território. Veja as diretrizes esquematizadas a seguir:

Figura 38. Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2017.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, para conhecer a PNAB na íntegra.



Dessa forma, a PNAB considera as UBS como potenciais espaços de educação e formação de recursos humanos, conferindo destaque a duas políticas públicas que enfatizam sobre a importância das ações de educação dentro do SUS, apresentadas a seguir.

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

A PNEP-SUS propõe uma prática político-pedagógica que percorre todas as ações no SUS, a partir do conceito de Educação Popular em Saúde, que é definido como:



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

“Diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS” (BRASIL, 2013).

Assim, essas práticas pedagógicas devem seguir princípios como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada dos saberes, emancipação e compromisso com a construção de projeto democrático e popular, este último, reafirmando o papel das práticas de saúde de promover uma sociedade mais justa, igualitária e democrática.

Sobre os objetivos da PNEP-SUS, destacamos ainda a importância da aproximação da população, dos serviços de saúde, da gestão, das práticas populares de cuidado e dos movimentos sociais (Figura 39), com o intuito de reconhecer e valorizar as culturas populares, com ações conformes à realidade e linguagem local.

Figura 39. Representação da aproximação dos diferentes atores da sociedade



Fonte: Pixabay.

Além disso, a PNEP-SUS reafirma a necessidade de adoção dos princípios e práticas da Educação Popular em Saúde na educação permanente para profissionais e gestores dos SUS. Vamos conhecer melhor sobre esse assunto a partir dos conceitos brevemente abordados a seguir.



SAIBA MAIS!

Acesse na íntegra a **PNEPS-SUS**.



Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A PNEPS preconiza ações pedagógicas conformes às especificidades regionais e às necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde. Dessa forma, a política incentiva o aprendizado e a reflexão crítica sobre o trabalho, possibilitando a transformação da prática, por meio da resolutividade da clínica e do planejamento de ações de promoção da saúde.

Essa política baseia-se na incorporação da educação às práticas de trabalho, de acordo com o contexto real, adotando a problematização da prática nos diversos espaços do território, propiciando a construção ativa de conhecimentos pelos participantes (Figura 40).

Figura 40. Representação de práticas em serviço baseadas na construção ativa de conhecimentos



Fonte: Pixabay.

Desse modo, a PNEPS propõe a participação em comissões permanentes para o desenvolvimento de ações, com a atuação de gestores do SUS e da educação; profissionais de saúde e suas entidades representativas; instituições de ensino, com cursos na área da saúde; e movimentos sociais.



SAIBA MAIS!
Acesse a **PNEPS**.



Ainda, pode-se ressaltar que a PNEPS objetiva a integralidade do cuidado, por meio da proposição de ações que abordem o conceito ampliado de saúde, o trabalho interprofissional e intersetorial, a partir do perfil de saúde e DSS locais, abordando doenças prevalentes ou de impacto na saúde, como a obesidade.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

Diante da crescente prevalência da obesidade, podemos destacar a PNAN, que possui entre os seus propósitos a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, conforme será abordado nesta e nas demais UTs deste curso.

Acerca dos princípios da PNAN, os mesmos somam-se aos princípios doutrinários do SUS, sendo eles: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, com respeito à diversidade e à cultura alimentar, e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, a partir

de práticas como Educação Popular em Saúde. Além do reconhecimento dos DSS na alimentação e nutrição, com a busca pela integralidade no cuidado nutricional, associada à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população, discutida na Unidade Temática 2!

Conseqüentemente, para o alcance desses princípios são propostas as seguintes linhas de ações, também chamadas de diretrizes, esquematizadas a seguir.

Figura 41. Diretrizes da PNAN



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.



SAIBA MAIS!
Acesse a **PNAN**.



Por fim, podemos observar que as Políticas Públicas de Saúde possuem como base os princípios e diretrizes do SUS e foram produzidas considerando o conceito ampliado de saúde, almejando sustentar estratégias de promoção da saúde.



VAMOS PRATICAR?

(UT03_VP02) Com a explanação sobre essas políticas, fica mais fácil entender a intersetorialidade necessária para a promoção da saúde. A partir delas, descreva, no Fórum disponível no ambiente virtual de aprendizagem, uma ação coletiva realizada no seu território, citando ao final quais políticas de saúde foram contempladas nessa ação.

.....

.....

.....

ESTRATÉGIAS, RECURSOS E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sabendo da importância das ações intersetoriais, vamos conhecer alguns programas, políticas e estratégias, desenvolvidas no Brasil, para o alcance dos objetivos descritos pela PNPS.

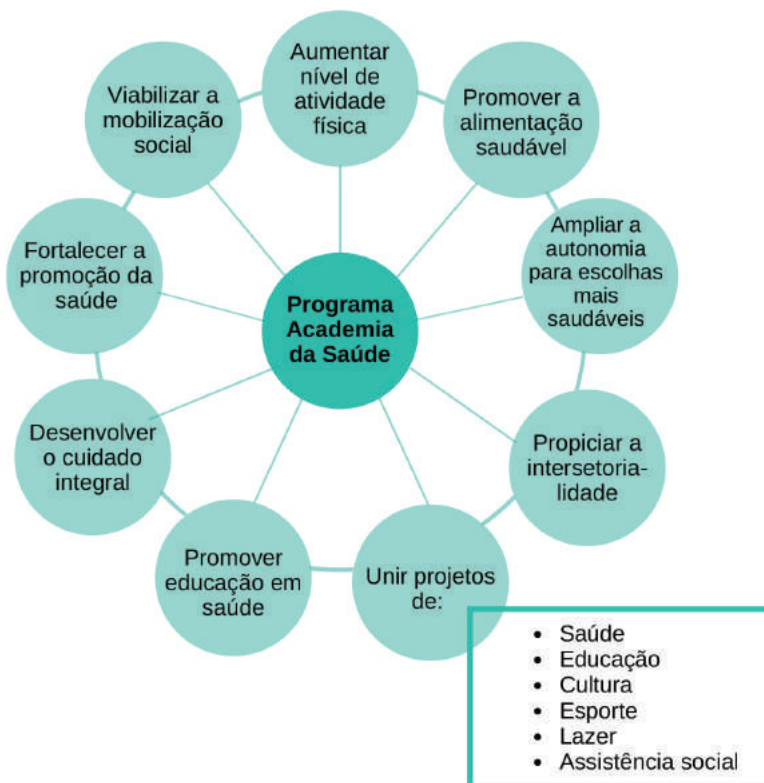
1. Divulgação e implementação da PNPS

Esse eixo é composto por ações de mobilização e sensibilização da população para desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde. Nesse aspecto de propagação das ações da PNPS, reforça-se o papel da Educação Permanente como proposta de desenvolvimento de habilidades de saúde, como são objetivadas, por exemplo, nesse curso!

2. Práticas corporais/atividade física

Dentre as estratégias desse eixo, destaca-se apoiar e ofertar as práticas corporais na APS/AB, além de divulgar seus benefícios, estimulando modos de vida saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para DCNTs. Sem deixar de ressaltar o papel das parcerias intersetoriais, podemos citar o Programa Academia da Saúde, que prevê essa articulação, e cujos objetivos estão esquematizados na imagem a seguir.

Figura 42. Objetivos do Programa Academia da Saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Além disso, a Academia da Saúde possui entre seus princípios e diretrizes ser um modelo de programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das DCNTs e caracterizar-se como um ponto da RAS, de modo a potencializar as ações de cuidado da APS/AB. Tornando-se um espaço de construção de saberes e práticas, a partir da participação popular, visando à adoção de modos de vida saudáveis.



SAIBA MAIS!

Acesse o **Programa da Academia da Saúde.**



3. Prevenção e controle do tabagismo

Esse eixo aborda a sistematização de ações educativas e mobilização de ações legislativas e econômicas objetivando reduzir a aceitação social do hábito do tabagismo e, conseqüentemente, sua adoção, em especial, pelos jovens, além de reduzir o acesso aos derivados do tabaco. Por isso, ressaltamos a importância da parceria intersetorial, com a mídia e setores da educação, para divulgação e desenvolvimento das ações dessa temática.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Política Nacional de Controle do Tabaco.**



4. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

Esse eixo se refere à necessidade de investimento em ações educativas sobre as consequências do uso abusivo de álcool, com produção de materiais e difusão pela mídia, bem como campanhas municipais de interação com agências de trânsito.

Além disso, destaca-se o apoio à restrição do acesso a bebidas alcoólicas conforme o perfil epidemiológico de um território, aliado ao desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e drogas com responsabilização e autonomia dos indivíduos, a fim de que essas estratégias estejam em consonância com a Estratégia Global adotada pela OMS, em 2018, para redução do uso abusivo de álcool e, como resultado, a prevenção das DCNTs.



PARA IR ALÉM!

No ambiente escolar essa temática é abordada pelos programas:

- Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD): trata-se de um programa preventivo ao uso de drogas, como também à violência física e moral, desenvolvido em escolas públicas e privadas.
- Programa Saúde na Escola (PSE): política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação voltada a crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública de ensino. Dentre as ações preconizadas pelo programa, destaca-se a prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.



SAIBA MAIS!

Acesse a página da **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)** e veja sobre as ações, estudos e avanços sobre o consumo de álcool.



5. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

Esse eixo objetiva promover discussões intersetoriais quanto à incorporação de ações educativas nas grades curriculares dos escolares, bem como articular as agendas e os instrumentos de planejamento aliados às campanhas de divulgação dos dados, referentes às mortes e sequelas causadas por acidentes de trânsito.



SAIBA MAIS!

A OMS lançou um projeto denominado “Vida no Trânsito” no Brasil, e o Tocantins é um dos estados brasileiros cuja capital faz parte deste projeto. **Clique aqui e conheça mais sobre o assunto!**

6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

Entre as ações previstas nesse eixo, engloba-se a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, a educação permanente de profissionais de saúde para identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual, com estímulo à articulação intersetorial para redução e controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.

7. Promoção do desenvolvimento sustentável

Nesse eixo, salienta-se o fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais para formulação de políticas de desenvolvimento sustentável, além de apoiar atores que promovem iniciativas sustentáveis ou sensibilizar outros atores da comunidade para a causa, com produção de conhecimento e capacidades individuais e coletivas e reorientação das práticas de saúde.

Figura 43. Os objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU



Fonte: Site de notícias sustentáveis. Disponível em: <https://www.noticiasustentavel.com.br/od-s-serao-prioridade-na-onu-em-2020/>. Acesso em: 13 maio 2021.

A Figura 43 apresenta os objetivos firmados em 2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU) junto com os países membros, entre eles o Brasil, denominados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): com metas de temática social, ambiental, econômica e institucional.

Assim, dentre os ODS, o Brasil possui a meta de, até 2030, erradicar as formas de má nutrição relacionadas à desnutrição e reduzir as relacionadas ao sobrepeso e obesidade, garantindo sistemas sustentáveis de produção de alimentos.

8. Alimentação saudável

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) se insere como eixo estratégico da PNPS. Assim, propõem-se ações objetivando a SAN, de maneira a contribuir com a redução da pobreza, inclusão social e cumprimento do DHAA, por meio de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente e com articulação intra e intersetorial, conforme as diretrizes da PNAN e do Guia Alimentar da População Brasileira.



VAMOS REFLETIR?

Você conhece as estratégias e programas que constituem a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e que podem ser desenvolvidas em seu município nas diferentes faixas etárias?

Para compreender melhor, a seguir apresentaremos os objetivos de cada programa/estratégia. Para saber mais, visite os materiais indicados nos boxes SAIBA MAIS!

TODOS OS CICLOS DA VIDA

Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

Por meio do programa, os órgãos compram os alimentos da agricultura familiar (agricultores, cooperativas e associações), conforme representado na Figura 44, sem necessidade de licitação, e os destinam às pessoas em situação de Insegurança Alimentar e Nutricional, à rede socioassistencial, aos equipamentos públicos de SAN e à rede pública e filantrópica de ensino.

Figura 44. Representação da agricultura familiar



Fonte: Pixabay.



SAIBA MAIS!

Clique aqui e conheça mais sobre o Programa!



Educação Alimentar e Nutricional (EAN)

Seu objetivo é contribuir 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, conforme representado na Figura 45.

Figura 45. Registro fotográfico de uma ação coletiva realizada com foco na alimentação e qualidade de vida



Fonte: Foto dos autores.



SAIBA MAIS!

Clique aqui. Além disso, abordaremos mais sobre o assunto ainda nesta UT!



NBCAL

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) tem como objetivo assegurar o uso apropriado de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno (Figura 46), sendo um importante instrumento para o controle da publicidade indiscriminada de produtos que concorrem com a amamentação.

Figura 46. Valorização do aleitamento materno



Fonte: Pixabay.



SAIBA MAIS!

A Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006 regulamenta a NBCAL. [Clique aqui](#) e acesse na íntegra.



Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB)

Tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da APS/AB para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS (Figura 47). A estratégia tem como base legal a PNAB, a PNPS, a PNAN, a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha.

Figura 47. Promoção da alimentação adequada e saudável para crianças menores de 2 anos



Fonte: Pixabay.



SAIBA MAIS!

Clique aqui e conheça mais sobre a EAAB.



FASE ESCOLAR

Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

O PNAE tem como objetivo contribuir para o crescimento, desenvolvimento biopsicossocial, rendimento escolar e formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de EAN e da oferta de refeições que cubram as necessidades nutricionais dos mesmos durante o período letivo (Figura 48).



SAIBA MAIS!

Clique aqui e conheça mais sobre o PNAE.



Figura 48. Representação de ações desenvolvidas em âmbito escolar



Fonte: Pixabay.

Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.



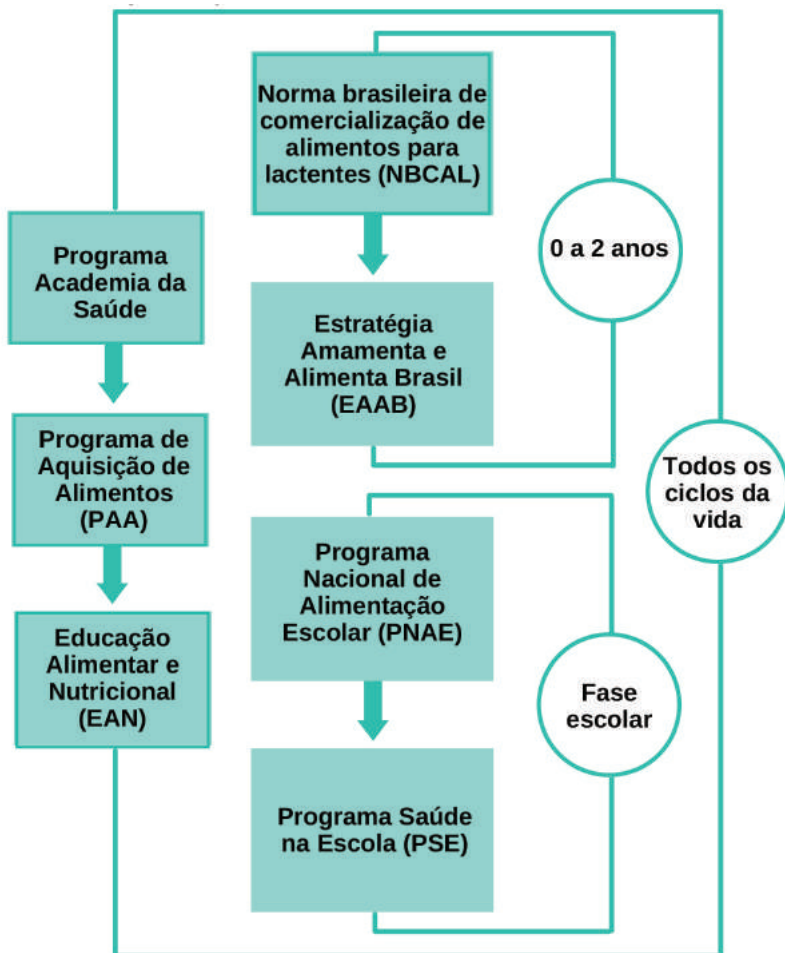
SAIBA MAIS!

Clique aqui e conheça mais sobre o PSE.



A Figura 49 representa como todos estes programas e estratégias estão relacionados.

Figura 49. Resumo dos principais programas e estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável



Fonte: Elaboração própria.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS)

Por ser uma das vertentes da promoção da saúde, a PAAS tem por objetivo promover a melhoria da qualidade de vida da população por meio de um conjunto de estratégias que proporciona a realização de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis, a fim de atender às especificidades de cada fase da vida e contribuir para a redução do excesso de peso, DCNTs e outras doenças relacionadas à alimentação e nutrição (Figura 50).



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

De acordo com o Ministério da Saúde, a Promoção de Alimentação Adequada e saudável (PAAS) corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

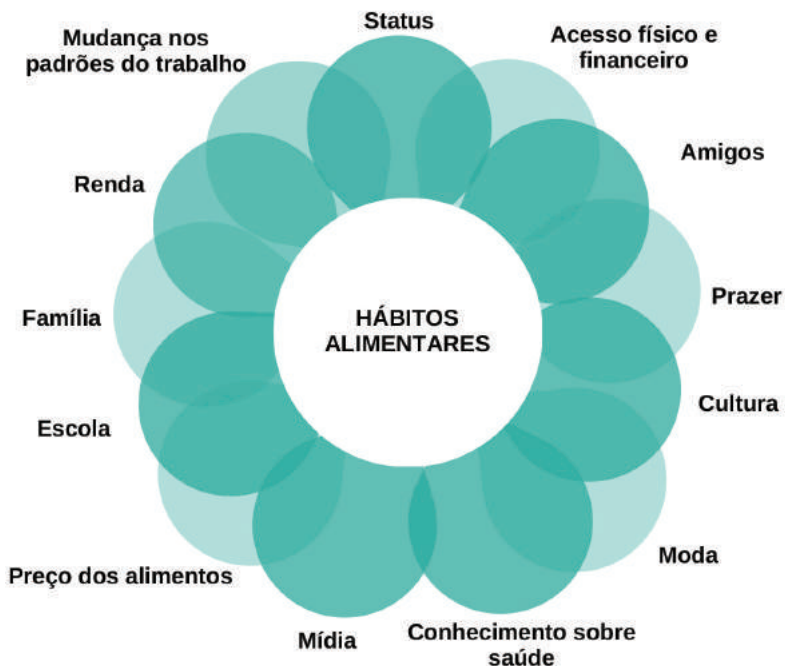
Figura 50. Representação da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável



Fonte: Pixabay.

No entanto, para que ocorra a adoção de práticas alimentares saudáveis, faz-se necessário compreender os fatores que influenciam no modo como nos alimentamos. Esses fatores, conhecidos como determinantes do consumo alimentar, agem simultaneamente em nossa vida, como apresentado a seguir.

Figura 51. Possíveis fatores que influenciam nos hábitos alimentares



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2008.



PARA IR ALÉM!

As DCNT's são a causa principal de mortalidade e incapacidade prematura na maioria dos países no panorama internacional, sobretudo no Brasil. Esse fenômeno, denominado “transição epidemiológica”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população.

Nesse contexto, vale ressaltar que organizar as ações de PAAS implica em:

- estimular constantemente o sujeito em adotar modos de vida saudáveis;
- promover análise crítica das situações = saber distinguir práticas que são promotoras ou não de saúde;
- ser capaz de refletir os hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

Além do desenvolvimento de habilidades pessoais, a PAAS no SUS deve se fundamentar nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde, combinando também iniciativas focadas em políticas públicas, na criação de ambientes saudáveis e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.



VAMOS REFLETIR?

Por que é necessário abordar a PAAS na APS/AB?

Os nutricionistas são os profissionais habilitados para trabalhar a temática da PAAS, no entanto, nem sempre estão presentes na APS/AB. Além disso, atuam em equipes interprofissionais compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, entre outros profissionais, que, na maioria das vezes, não tiveram contato com esse conteúdo durante sua formação acadêmica.

Apesar disso, todos os profissionais de saúde são “cobrados”, de alguma forma, em suas demandas de atendimentos diários, a orientar os usuários nessa temática, principalmente pelo crescente número de patologias crônicas, o que aponta a necessidade de educação permanente. Essas doenças têm estreita correlação com o estilo de vida, especialmente os hábitos alimentares, sendo fundamental ter condições de orientá-los adequadamente.



VAMOS REFLETIR?

Você e sua equipe monitoram a prevalência de DCNTs no seu território?

Além de ser muito importante esse monitoramento, a realização de ações que foquem nas reais necessidades da população promoverá impactos positivos, com consequente redução da taxa de mortalidade prematura. De modo que esse indicador permite o monitoramento do impacto das políticas públicas e, respectivamente, das ações desenvolvidas no território, na prevenção e no controle das DCNTs e seus fatores de risco (Figura 52).

Figura 52. Representação do monitoramento da prevalência



Fonte: Pixabay.

Embora reconheçamos nossa responsabilidade como profissionais de saúde, é fato que os determinantes que causam as DCNTs são bem mais abrangentes e muitas vezes não são alcançáveis por nós, sendo necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais que trabalhem os três eixos: incentivo, apoio e proteção, apresentados no quadro a seguir.

Quadro 05. Eixos de ações intersetoriais para promoção da saúde

EIXO DE INCENTIVO	EIXO DE APOIO	EIXO DE PROTEÇÃO
Engloba as ações que disseminam informações e promovem práticas educativas, a fim de motivar os sujeitos a adotar práticas saudáveis e empoderá-los para lidar com os determinantes sociais de saúde.	Refere-se às medidas para facilitar que indivíduos e coletividades tenham adesão às práticas saudáveis, visto que já se encontram informados e motivados.	Compõe as medidas que objetivam impedir ou reduzir a exposição dos indivíduos aos fatores de risco.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de UFSC, 2016.

As ações do eixo incentivo são, especificamente, as de nossa responsabilidade no momento dos atendimentos e devem estar relacionadas com ações nos demais eixos. Dessa forma, nós, profissionais de saúde, devemos também fortalecer o controle social e o debate junto à gestão local e municipal sobre diagnósticos e estratégias que visem à melhoria da saúde da população em cada território, buscando a articulação de ações entre os diferentes eixos para a promoção da saúde.

No contexto da PAAS, podemos pensar nos seguintes caminhos para exemplificar possíveis ações:

EIXO DE INCENTIVO

Realização de campanhas públicas e ações de Educação Alimentar e Nutricional nos diversos cenários, a fim de auxiliar na (re)construção de conhecimentos corretos sobre alimentação e saúde, com o intuito de incentivar os indivíduos a dar preferência a alimentos frescos ou minimamente processados.

Figura 54. Representação de feira livre



Fonte: Pixabay.

Figura 53. Representação de família consumindo alimentos *in natura*



Fonte: Pixabay.

EIXO DE APOIO

Implementação de políticas fiscais e de abastecimento que aumentem o acesso da população a alimentos frescos ou minimamente processados.

EIXO DE PROTEÇÃO

Implementação de leis e regulamentações que diminuam a exposição da população ao *marketing* de alimentos industrializados, prontos para consumo e *fast foods*.

Figura 55. Representação de *fast foods*



Fonte: Pixabay.

Educação Alimentar e Nutricional (EAN)

A partir dos conceitos trabalhados até aqui, podemos adentrar o campo da EAN. No Brasil, ela é considerada uma ação estratégica tanto para o alcance da SAN, como também para a garantia do DHAA, atuando na PAAS e na prevenção e controle de problemas relacionados à má alimentação.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Segundo o Marco de Referência, a EAN se configura como um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e interprofissional, que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. Por meio de diferentes abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 2012).

Esse mesmo marco também nos orienta em como desenvolver e realizar as ações de EAN. Dessa forma, são apresentados nove princípios com o intuito de nortear o desenvolvimento dessas ações nos diversos cenários e setores, como apresentado na Figura 56.

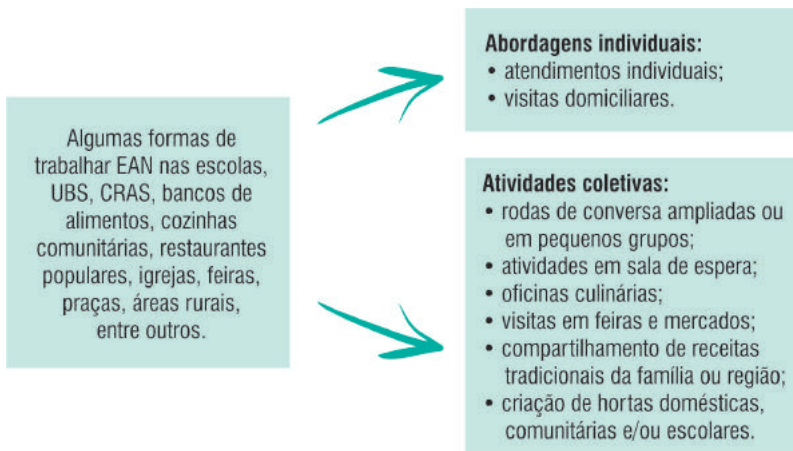
Figura 56. Princípios da Educação Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2008.

Mas atenção! Isso não quer dizer que devemos abordá-los separadamente. Entre as inúmeras possibilidades de ações e estratégias a serem trabalhadas em EAN, alguns princípios podem e devem ser abordados em conjunto, a fim de melhor abranger a complexidade que envolve as escolhas alimentares. Confira na figura a seguir algumas formas de trabalhar EAN.

Figura 57. Exemplos de aplicação da Educação Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2018.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Matriz de ações de alimentação e nutrição na AB/APS** para compreender a produção das ações de EAN e a aplicação de seus princípios.



Tal complexidade está interligada ao fato de que é necessário desenvolver nos indivíduos a reflexão sobre escolhas alimentares saudáveis. Isso significa lidar com aspectos que envolvem o sociocultural, o biológico e o ambiental. Além disso, eles precisam ter acesso físico aos alimentos, ter poder de compra, saber armazená-los adequadamente, prepará-los e consumi-los em ambientes apropriados.

Para comer de forma adequada e saudável, também é importante enxergar o mundo com a noção de sustentabilidade. Dessa forma, no contexto do Marco de Referência, os nove princípios para ação de EAN abordam: (I) “sustentabilidade” não se limita à dimensão ambiental, mas estende-se a todas as etapas do sistema alimentar, (II) que abrange desde o acesso à terra, à água e aos meios de produção, a formas de processamento, abastecimento, comercialização e distribuição, escolha e consumo dos alimentos, até a geração e destinação de resíduos.



PARA IR ALÉM!

Você e sua equipe podem promover ações que foquem em discutir como:

- evitar o desperdício;
- reaproveitar os alimentos e as respectivas partes que, em geral, são descartadas (talos, sementes, folhas e cascas);
- o modo de produção afeta o meio ambiente;
- fortalecer e apoiar os pequenos produtores e a agricultura familiar existente no seu território/município;
- valorizar os alimentos regionais e locais, específicos de cada época/estação do ano.

Por isso, (III) ressalta-se a importância de as ações de EAN reafirmarem a ideia de que a alimentação não diz respeito apenas ao alimento que se come; ela também envolve valores que constroem a própria cultura. O que permite difundir a riqueza das práticas alimentares locais e regionais, aproximar-se de suas realidades e promover o estabelecimento de vínculos.

Ao trabalhar tais temáticas, entre diversas outras relacionadas à saúde, é possível estimular a promoção da autonomia e do autocuidado nos indivíduos e coletividades, por despertarem o “olhar para si”, (IV) capazes de tornar a própria culinária uma prática emancipatória, (V) apoiando-os para que se tornem agentes produtores sociais da própria saúde.



PARA IR ALÉM!

Você e sua equipe podem promover ações que respeitem e valorizem:

- as práticas culinárias familiares/comunitárias;
- o desenvolvimento de habilidades culinárias pelos indivíduos, além do compartilhamento de conhecimento e de tais práticas;
- o cultivo de hortas em casa;
- os diversos significados e valor afetivo que os alimentos representam para os indivíduos;
- a utilização de alimentos alternativos e seus benefícios à saúde.



VAMOS REFLETIR?

Você já pensou que alguns usuários continuam adotando hábitos inadequados de alimentação e saúde, mesmo com as orientações dos profissionais da APS/AB?

Isso acontece porque além do vínculo, eles precisam se sentir parte do processo. Para que os sujeitos atuem como protagonistas de suas escolhas, de forma crítica e consciente, eles precisam estar motivados e informados sobre as possibilidades.

Dessa forma, a (VI) EAN visa trabalhar com práticas problematizadoras e construtivistas, capazes de promover espaços de diálogos contextualizados com a realidade local, integrando de forma permanente a teoria e a prática e (VII) respondendo às diferentes demandas que o indivíduo apresenta.

Para melhor abranger as necessidades locais, (VIII) faz-se necessário que você, profissional, e sua equipe levem em consideração as parcerias intersetoriais, para o desenvolvimento das ações, articulando-se com os distintos setores governamentais e da sociedade, presentes em seu município e/ou território, de forma que se corresponsabilizem pela garantia da alimentação adequada e saudável.

E, por fim, que vocês utilizem o (IX) planejamento como instrumento importante para garantir a eficácia e efetividade das iniciativas, e a sustentabilidade das ações, a exemplo da Figura 58.

Figura 58. Passo a passo do planejamento das ações de EAN

**As estratégias e conteúdos de EAN
somente serão desenvolvidos de forma
coordenada, a partir do(a):**



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2012.



SAIBA MAIS!

Leia o artigo: **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** As metodologias para elaboração das ações de EAN.



Uma etapa importante na realização de ações de EAN é o planejamento. O ato de planejar é bastante complexo, no entanto, tendo como base o Planejamento Estratégico Situacional (PES), ressaltamos que a construção de um plano não consiste em mera improvisação, mas sim em uma ação reflexiva e responsável frente ao objeto planejado.

Diante disso, é necessário que sua elaboração seja conduzida de forma a valorizar alguns elementos, conforme podemos observar nos tópicos a seguir e na Figura 59.

- a elaboração participativa;
- a adequada identificação de problemas existentes;
- a definição das operações para enfrentá-los;
- os responsáveis pelas operações;
- a coerência nos objetivos e metas a serem atingidos;
- a definição dos recursos necessários;
- o cronograma de execução;
- e o estabelecimento de um sistema de acompanhamento constante que possibilite reformulações, quando necessárias.

Figura 59. Modelo de plano de ação de acordo com o planejamento estratégico

Problema:						
Objetivo:						
AÇÕES	ATIVIDADES	RECURSOS (financeiro, político e técnico)	RESPON- SÁVEL	PRAZOS	INDICA- DORES (produto e resultado)	MONITO- RAMENTO

Fonte: SILVA, M. J. P., 2001.

Alguns conceitos básicos do PES estão relacionados a seguir:

Plano de ação: plano de ação é o conjunto de ações, com os respectivos prazos, as pessoas responsáveis e os recursos necessários, para chegar a um resultado proposto (Figura 60).

Problemas: são as dificuldades que nos impedem de atingir o que queremos. Só tem problemas quem vai realizar algo, pois é na hora de agir que eles aparecem. O problema é um desafio, que incomoda e apresenta sempre uma carga negativa.

Ações: tudo que necessitamos fazer, considerando uma abrangência mais macro, para atingir o resultado proposto.

Atividades: são todas as atividades que serão desenvolvidas e executadas dentro de cada ação proposta, como oficinas, palestras, rodas de conversa, entre outras.

Recursos: tudo que necessitamos para realizar a ação, não se limitando apenas a recursos financeiros.



PARA IR ALÉM!

No PES, os recursos se agrupam em quatro categorias ou tipos:

- econômicos;
- cognitivos (conhecimentos, saberes, valores, tecnologias, experiências, informações, etc.);
- organizativos (infraestrutura, apoio logístico ou operacional, modelos ou estruturas organizacionais, redes de comunicação, etc.);
- e políticos (votos, apoios, adesões, afiliações, carisma, capacidade de influenciar ou poder de tomar decisões, etc.).

Responsável: pessoa que nem sempre terá de realizar uma ação, mas será fundamental para que essa ação seja cumprida. O responsável pela ação tem nome e sobrenome, não pode ser o grupo todo.

Prazo: data precisa em que o gerenciamento será feito.

Indicadores de produto (*outputs*): indicadores relacionados com as atividades propostas; trata-se das dinâmicas de execução de atividades finalísticas, respostas sistêmicas, a partir da organização dos serviços.

Indicadores de resultado (*outcomes*): meio para gerenciar o plano de ação e verificar se o resultado está sendo atingido. São eles que quantificam e qualificam o resultado, de forma conjunta. Trata-se da repercussão e impacto sobre o estado de saúde de populações. Os indicadores de resultados devem proporcionar o (re)dimensionamento de necessidades e demandas a partir de logística de retroalimentação (*feedbacks*).

Figura 60. Representação de uma equipe elaborando o plano de ação



Fonte: Pixabay.



ESTUDO DE CASO

(UT03_EC02) Após a primeira ação de EAN produzida no grupo de Hiperdia da Unidade de Saúde Capim Dourado, Joana elogiou a ideia e a execução do projeto pela nutricionista Vitória.

- *Vitória, parabéns pela iniciativa! O grupo precisava de uma ação diferente assim. De onde surgiu essa ideia?* – Perguntou Joana.
- *Ah! Já faz algum tempo que identifiquei essa problemática nos relatos dos pacientes no consultório e no grupo. Então, fiz um plano de ação! Fiz uma pesquisa inicial em materiais do Ministério da Saúde, pesquisei as receitas e elenquei os recursos que seriam necessários (tempo, espaço físico, alimentos, utensílios e equipamentos). Ainda planejei as metas e os resultados que quero alcançar, além das estratégias para tornar o momento mais atrativo para todos os participantes. Então, depois que consegui o apoio dos colegas e as parcerias intersetoriais tudo foi possível!*
– Respondeu Vitória.

A partir desse relato, elabore o planejamento de uma ação coletiva, conforme o modelo disponibilizado, abordando um dos temas a seguir relacionados à PAAS:

- incentivo ao cultivo de hortas;
- higienização e armazenamento adequado dos alimentos;
- técnicas de preparo dos alimentos;
- desmistificação de que alimentação saudável é caro.

Compartilhe a atividade no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....
.....

GUIAS ALIMENTARES

Os guias alimentares são instrumentos para realização de EAN, desenvolvidos para orientar e auxiliar os sujeitos a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis; são publicações de caráter utilitário, linguagem clara e adequada a diversos públicos.

Nesses documentos são abordados pontos que nos levam a refletir sobre a alimentação. É possível notar como as temáticas e assuntos trabalhados neste módulo encontram-se interligados nos guias.

Os guias trazem a discussão sobre a interdependência entre alimentação adequada e saudável e a sustentabilidade do sistema alimentar, além do compromisso com a ampliação da autonomia das pessoas nas escolhas alimentares e com a defesa do DHAA.

Eles apresentam recomendações gerais sobre a escolha de alimentos a partir do seu grau de processamento e como podem ser feitas as combinações desses alimentos, de acordo com a cultura alimentar da população brasileira, em sua grande maioria. Além disso, trazem orientações sobre o ato de comer e elucidam alguns obstáculos que podem interferir na adesão das pessoas às recomendações.



VAMOS REFLETIR?

Por que os guias alimentares são importantes?

Nunca se falou tanto em alimentação como nos dias atuais, não é verdade? No entanto, os conhecimentos em alimentação e nutrição avançam cada vez mais rápido e, além disso, as informações presentes nas mídias de maior veiculação nem sempre são as mais seguras e sensatas.

Dessa forma, os guias se configuram como documentos oficiais que abordam os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, em âmbito individual e coletivo, tornando-se um instrumento de apoio às ações de EAN no SUS e nos demais setores.

Temos o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (2014), que aborda as diretrizes e recomendações para alimentação da população brasileira, constituindo uma das estratégias para a implementação da diretriz da PAAS, conforme abordado pela PNAN. É nesse guia que encontramos a Classificação NOVA (Figura 61), que orienta sobre as escolhas de alimentos segundo o grau de processamento dos mesmos e os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável (Figura 62).



SAIBA MAIS!

Você conhece o Guia Alimentar para a População Brasileira? [Clique aqui.](#)



Figura 61. Nova classificação do grau de processamento dos alimentos



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Figura 62. Dez passos para uma alimentação adequada e saudável

Dez passos para uma alimentação adequada e saudável



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Além disso, também temos o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos*. Sua primeira versão foi publicada em 2002 e revisada em 2010. A nova edição, publicada em 2019, visa responder às mudanças sociais e alimentares ocorridas nos últimos anos, além de alinhar sua abordagem e suas recomendações ao *Guia Alimentar para a População Brasileira*.

Nesse Guia você encontra, entre outras orientações, os doze passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças menores de 2 anos, que pode guiar e facilitar a sua rotina de trabalho. Na Figura 63 você pode observar esses passos.



SAIBA MAIS!

Você conhece o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos?

Acesse aqui.



Figura 63. Doze passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças menores de dois anos

12 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	
<p>1 Amamentar até 2 anos ou mais, oferecendo somente o leite materno até 6 meses.</p> <p>2 Oferecer alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados, além do leite materno, a partir dos 6 meses.</p> <p>3 Oferecer água à criança em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.</p>	<p>4 Oferecer comida amassada quando a criança começa a comer outros alimentos além do leite materno.</p> <p>5 Não oferecer açúcar, preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até 2 anos de idade.</p> <p>6 Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.</p>
	
<p>7 Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.</p> <p>8 Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.</p> <p>9 Prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.</p>	<p>10 Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.</p> <p>11 Oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa.</p> <p>12 Proteger a criança da publicidade de alimentos.</p>
	

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2019.

MULTICAUSALIDADE E CONSEQUÊNCIAS BIOPSIKOSSOCIAIS DA OBESIDADE

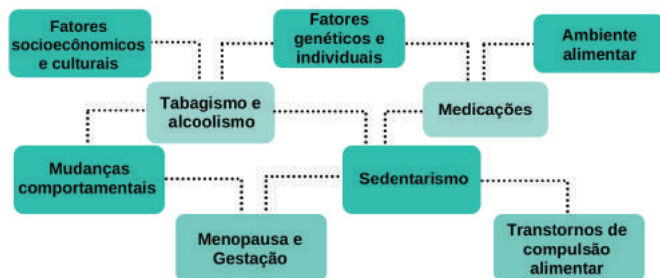


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com diversas complicações metabólicas. Entre suas causas estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

A partir do momento que entendemos a obesidade como um problema multifatorial (Figura 64), é possível pensar em estratégias de enfrentamento para além do campo da saúde e que envolvam todo o contexto em que o indivíduo está inserido.

Figura 64. Diversas causas da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

O estilo de vida moderno é uma das diversas causas do ganho de peso, já que o sedentarismo e o aumento do consumo de alimentos com alto valor energético são fatores marcantes da vida contemporânea. Nos últimos anos foi possível perceber o crescimento da obesidade em populações mais pobres e de países em desenvolvimento, como consequência do menor custo dos alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras, no lugar de alimentos *in natura* como frutas, legumes e verduras.

A mudança de comportamento na forma de se alimentar também é um fator importante no ganho de peso, como comer em frente à televisão ou computador, o consumo frequente de *fast foods*, como sanduíches, batatas fritas, pizzas e similares (Figura 65). Essas situações estão cada vez mais presentes na rotina dos indivíduos, aliadas a alta carga de trabalho e menor tempo disponível para o preparo da própria refeição.

Figura 65. Representação do estilo de vida moderno



Fonte: Pixabay.

Assim, 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, entre outras inúmeras questões.

Além da complexidade das suas causas, a prevalência de obesidade e excesso de peso são fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, e acabam gerando custos elevados ao sistema de saúde. Na Figura 66 observamos as possíveis consequências.

Figura 66. Possíveis consequências da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Nesse sentido, a obesidade é uma demanda crescente e um grande desafio para as eAB/eSF, gerando sobrecarga de trabalho e um maior tempo de espera por atendimento para os indivíduos que vivem com a obesidade.

As consequências ainda vão além, grande parte dos pacientes sofre com o estigma social que carregam. Assim, com a dificuldade de perder peso e de seguir hábitos de vida mais saudáveis, muitos indivíduos

acabam assumindo um sentimento de culpa e inferioridade, o que leva à baixa autoestima, comportamentos depressivos, isolamento social, estresse, transtorno de comportamento alimentar, entre outros. Desse modo, muitos indivíduos acabam comendo compulsivamente para lidar com o estresse.



VAMOS RELEMBRAR!

O estigma é um atributo ou característica considerado socialmente impuro, que torna o sujeito estranho, depreciado, desvalorizado, diferente dos demais, considerado alguém menos desejável (MATTOS; LUZ, 2019). Para se aprofundar, visite a UT1.

Assim, as consequências decorrentes da obesidade aumentam a complexidade do seu cuidado, deixando evidente a necessidade de se considerar uma abordagem de saúde ampla que assista o indivíduo em todas as suas necessidades e não apenas com relação ao seu peso.



SAIBA MAIS!

Acesse na íntegra o artigo: **“Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura”**.



PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA OBESIDADE

As ações preventivas são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. No box a seguir, confira a definição de prevenção:



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).

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. Entretanto, os profissionais geralmente compreendem a promoção da saúde como prevenção de doenças. Esse 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.

Após conhecer mais sobre as ações de promoção da saúde, você é capaz de diferenciá-las de ações de prevenção? Para compreender melhor essas diferentes estratégias, observe o Quadro 06.

Quadro 06. Diferenças dos conceitos de promoção e prevenção da saúde

PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO EM SAÚDE
Foco na saúde.	Foco na doença.
Envolve um processo de educação em saúde da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo maior participação no controle desse processo.	Envolve intervenções orientadas a evitar o surgimento e agravamento de doenças, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.
Objetivo: visar à saúde como um recurso de forma intersetorial, incluindo o poder público e sociedade.	Objetivo: controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Os programas de prevenção da obesidade devem 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**.

Ao longo das unidades temáticas, podemos observar que para prevenir e tratar a obesidade não se deve apenas considerar hábitos individuais, mas também influências do estilo de vida (Figura 67), desenvolvendo estratégias capazes de:

Figura 67. Representação do estilo de vida saudável

- tornar o ambiente físico, social, cultural e econômico propício a um estilo de vida saudável;
- ampliar os conhecimentos pessoais, de forma que os indivíduos tenham habilidades para analisar criticamente os fatores determinantes do seu estilo de vida e identificar recursos necessários para a prevenção dos agravos a sua saúde e melhoria da qualidade de vida;
- reforçar o sistema de apoio social (família, clubes, associações, grupos, organizações de ajuda mútua) de forma a fortalecer as capacidades individuais e coletivas para enfrentar dificuldades e tomar decisões;
- disponibilizar conhecimentos técnicos e estimular a participação social, ampliando a influência dos indivíduos e grupos nos processos de decisão dos setores públicos e privados que tenham impacto na saúde.



Fonte: Pixabay.

Programa Crescer Saudável

Você sabia que crianças com excesso de peso possuem 55% e 80% de chance de se tornarem adolescentes e adultos com obesidade, respectivamente? Essas crianças tornam-se, assim, mais vulneráveis ao desenvolvimento de DCNTs na fase adulta.



PARA IR ALÉM!

No Brasil, de acordo com os dados do SISVAN de 2019 por faixa etária, a obesidade está presente em:

- 7,9% das crianças menores de 2 anos;
- 6,5% das de 2 a 4 anos;
- 8,5% das de 5 a 10 anos;
- 6,7% dos adolescentes;
- 25,9% dos adultos;
- 24,8% dos idosos (excesso de peso).



E NO TOCANTINS?

No Tocantins os dados são semelhantes aos nacionais, em que a prevalência de obesidade aumenta ao longo dos anos de vida em cada faixa etária. Em 2019, a prevalência de obesidade no Estado era de:

- 5,4% em crianças menores de 5 anos;
- 8,8% em crianças de 5 a 10 anos;
- 7,4% em adolescentes;
- 25,6% em adultos;
- 45,4% de excesso de peso em idosos.

Nesse cenário, o Programa Crescer saudável contribui para o enfrentamento da obesidade infantil no Brasil a partir de ações realizadas pelo PSE, com as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I (Figura 68). As ações do programa envolvem:

- vigilância nutricional: avaliar o estado nutricional (peso e altura) das crianças menores de 10 anos;
- promoção da alimentação adequada e saudável: ofertar atividades coletivas por meio do PSE;
- incentivo às práticas corporais e de atividade física: ofertar atividades coletivas por meio do PSE;
- ações voltadas para as crianças que apresentam obesidade: atender as crianças identificadas com obesidade por meio de intervenção e cuidado na rede da APS/AB do município com abordagem interdisciplinar.

Figura 68. Representação do estilo de vida saudável



Fonte: Pixabay.



SAIBA MAIS!

Acesse o instrutivo do Programa Crescer Saudável, **aqui!**



No contexto da APS/AB, cabe aos profissionais de saúde realizar o mapeamento de como está a obesidade no território de saúde, favorecendo o protagonismo no planejamento intersetorial e o cuidado integral nos casos mais graves identificados.

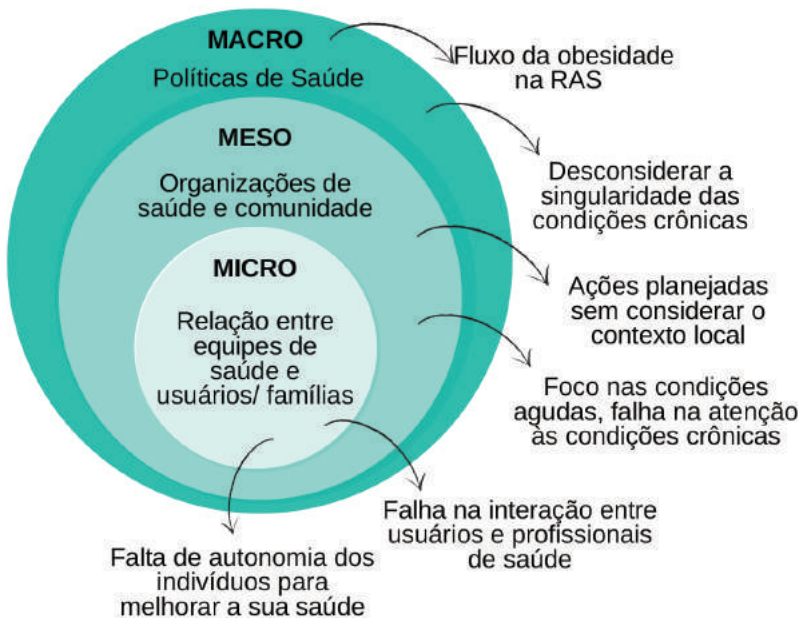
Desafios e potencialidades para a prevenção e controle da obesidade

Considerando que a obesidade possui caráter multifatorial, devemos considerar os seguintes eixos de ações no enfrentamento dessa condição crônica:

- disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis (acesso físico e medidas econômicas e legislativas para a promoção do consumo saudável);
- ações de educação, comunicação e informação;
- promoção de modos de vidas saudáveis nos ambientes/ territórios (escolas, trabalhos, equipamentos públicos);
- vigilância alimentar e nutricional e das práticas de atividade física da população;
- atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso (sobrepeso/obesidade);
- regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos (alimentos de qualidade, livres de contaminação).

Nos três níveis estratégicos encontramos desafios para garantir a integralidade do cuidado em saúde à pessoa com obesidade, conforme verificamos na Figura 69.

Figura 69. Barreiras enfrentadas para prevenção e controle da obesidade nos três níveis de organização



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



SAIBA MAIS!

Acesse na íntegra: Estratégia Inter-setorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira, **aqui**.



E o quê você, profissional da saúde, pode fazer dentro da UBS? Observe algumas estratégias no quadro a seguir:

Quadro 07. Estratégias para prevenção e controle da obesidade nos três níveis de organização

MACRO: Políticas de Saúde

- Políticas públicas: PNAN, Programa Bolsa Família, PSE, Programa Academia de Saúde;
- Fortalecimento da RAS e do fluxo de atenção à pessoa com obesidade;
- Políticas de educação permanente intersetoriais;
- Políticas de fiscalização e regulação de publicidade e propaganda de alimentos;
- Políticas de fiscalização da produção e rotulagem de alimentos;
- Políticas de incentivo à produção agrícola local, principalmente alimentos agroecológicos e orgânicos;
- Políticas que asseguram equipamentos públicos com segurança e qualidade: parques, escolas e espaços de lazer.

MESO: Organizações de saúde e comunidade

- Rastreamento do estado nutricional de todos os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto, gestante e idoso);
- Realização de grupos de educação nutricional e qualidade de vida (oficina de rótulos de alimentos, descasque mais e desembale menos, estimular o consumo de frutas e vegetais da estação, higiene e conservação dos alimentos, incentivo a hortas em casa);
- Promover grupos de caminhada, dança, alongamentos, práticas corporais desde o público infantil até o adulto;
- Buscar parcerias intersetoriais com escolas, igrejas, associação de moradores e outros equipamentos da comunidade para a criação de oficinas e grupos de educação alimentar e nutricional;
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e complementado até os 2 anos vida ou mais;
- Fortalecimento da rede de apoio para o incentivo do aleitamento materno;
- NASF-AB: ações individuais e coletivas na prevenção e controle da obesidade;
- Articulação com a RAS e contrarreferência;
- Comunidade: ser agente promotor de saúde e propor melhorias dos serviços e equipamentos;
- Comunidade: participação social nas associações e conselho local.

MICRO: Relação entre equipes de saúde e usuários/famílias

- Adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação + atividade física + lazer + convívio social);
- Formação de grupos de apoio incluindo práticas corporais, trocas de receitas, oficinas culinárias, hortas comunitárias, roda de experiências;
- Promoção do conhecimento dos fatores determinantes de adoecimento;
- Fortalecer lideranças comunitárias e participação social nas decisões que influenciam a saúde da comunidade.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



VAMOS PRATICAR?

(UT03_VP05) O que você, profissional de saúde, pode fazer para prevenir a obesidade?

Cite uma ação que pode ser direcionada para cada ciclo de vida no seu território.

GESTANTE.....

CRIANÇA.....

ADOLESCENTE.....

ADULTO.....

IDOSO.....

CONCLUSÃO

Como a APS/AB é a porta de entrada do SUS, deve ser vista como um local de excelência para a PAAS e desenvolvimento de EAN. De modo que as ações ocorram de forma intra e intersetorial, tendo como enfoque responder às necessidades de saúde da população.

Lembrando que, ao focar na promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente no que tange às DCNTs, é muito importante valorizar o desenvolvimento de ações em todos os ciclos de vida.

Começando no período gestacional, fase que possibilita a formação de modos de vida saudáveis das crianças, é importante abordar com a genitora essas temáticas desde os grupos e consultas de pré-natal e puericultura. Além disso, também é relevante que as ações desenvolvidas em articulação com o PNAE e PSE sejam fortalecidas, uma vez que essas impactam diretamente o ciclo da infância.

Em suma, é imprescindível conhecer as múltiplas causas do ganho de peso, além de entender o impacto gerado na vida desses indivíduos. Resultando em estratégias que visem à integralidade do cuidado, gerando mudanças reais e efetivas no enfretamento e controle da obesidade.



ESTUDO DE CASO

(UT03_EC03) Na reunião seguinte da equipe de saúde da família da unidade Raio de Sol, o coordenador Francisco solicitou o planejamento das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), já que a diretora da escola entrou em contato com o mesmo. Alguns profissionais questionaram a elevada demanda de atendimentos da unidade.

O enfermeiro João questionou:

- Já temos muito trabalho na unidade, não temos tempo para ir na escola. Como ficam os nossos pacientes? Temos que atender a demanda espontânea e os pacientes do cuidado continuado, gestantes, Hipertensão. Assim fica complicado. Acho que é papel da equipe interprofissional fazer essas coisas.

A nutricionista Vitória alegou que na sua prática profissional a promoção da saúde está presente tanto no atendimento ambulatorial em si (orientação), como em atividades coletivas, palestras.

- Nós já trabalhamos muito com palestras educativas, principalmente na recepção dos pacientes que estão aguardando alguma consulta, ou nos grupos pré-formados, como os grupos de idosos, diabéticos e hipertensos e gestantes que acontecem na UBS. Mas o foco principal está no atendimento ambulatorial.

- Na verdade, toda a equipe precisa construir essas estratégias que consigam favorecer aspectos que auxiliam na saúde da pessoa, seja a questão de atividade física, lazer, a questão emocional, alimentar. Isso sim é promover saúde – disse Cristina, a psicóloga.

Uma semana após essa reunião, a pandemia de Covid-19, que já se espalhava pelo mundo, chegou ao Brasil e provocou mudanças na organização dos serviços de saúde. Na UBS Raio de Sol, as primeiras medidas foram a suspensão de atividades coletivas presenciais e o foco de todos os profissionais passou a ser em atendimentos individuais. Devido às medidas de segurança para evitar aglomerações, como a escola fechou e suspendeu suas atividades, as ações do PSE foram adiadas.

O grupo Hiperdia, que se reunia semanalmente na UBS, passou a ser realizado de forma remota (*on-line*), o que afetou mais ainda a adesão dos participantes. Nesse cenário, os profissionais decidiram que o foco do grupo seria a promoção do autocuidado, já que HAS, DM e obesidade são fatores de risco para os casos graves de Covid-19.

Na primeira reunião *on-line* do grupo de promoção do autocuidado, os participantes foram questionados quanto à sua compreensão sobre a obesidade.

Joana disse:

- *Eu acho que obesidade é estar acima do peso. Tenho dificuldade para emagrecer, meu metabolismo é lento. Minha vida toda foi uma guerra contra a balança, engordo e depois emagreço. Posso passar fome, sabe? Sou gordinha. Além disso, a questão não é só engordar, né? A glicemia aumenta, o colesterol também, aí vira tudo uma bola de neve.*
- *Na pandemia, tudo foi ladeira abaixo. Eu tinha saído do sedentarismo, melhorei a qualidade da minha alimentação com o acompanhamento nutricional e comecei a fazer atividade física. Mas aí a academia fechou e estou parado. Agora, estou ganhando peso*

novamente. Percebi que preciso cuidar da minha saúde mental também. Não é ser só gordo, pode ter outra doença no meio, como a depressão. – disse Rafael.

Maria, que ainda estava resistente em sua participação no grupo, deu a sua contribuição:

- *Uma vez eu até participei de uma palestra no postinho enquanto eu estava esperando uma consulta com o médico, mas eu estava tão agoniada, que só conseguia pensar naquelas coisas difíceis de fazer, que é mais fácil continuar do jeito que está. Já passei por vários profissionais, tratamentos, nada resolve. Sempre vou ser gorda.*

Considerando que a obesidade é uma doença multifatorial, quais ações de promoção da saúde e prevenção têm sido realizadas para a integralidade do cuidado da pessoa com obesidade, considerando o contexto de pandemia que estamos vivenciando? Responda a esses questionamentos no formulário *Google Forms* através do *link* que será disponibilizado pelo tutor da oficina.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade: orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira*. 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: 07 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis – Nota Informativa. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação em População em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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 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. 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. *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 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 Primária à Saúde. *Programa Crescer Saudável 2019/2020 – Instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 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. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Coordenação-Geral de Educação Alimentar e Nutricional. *Princípios e práticas para educação alimentar e nutricional*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018.

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 Otawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 25 maio 2021.

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

PINTO, S. L.; SILVA, C. A. *Atlas da obesidade do estado do Tocantins*. Curitiba: CRV, 2020.

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: BROSE, Markus (org.) *Metodologia participativa: uma introdução a 20 instrumentos*. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 161-176, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. *Promoção da alimentação saudável na atenção básica* [Recurso eletrônico]. Organizadoras: Cristine Garcia Gabriel; Andhressa Fagundes. Florianópolis: UFSC, 2016. 98 p.: il. color. (Série – Formação para Atenção Básica).



Fonte: Pixabay; Pexels; World Obesity Federation.

UNIDADE TEMÁTICA 4

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

**Do diagnóstico ao monitoramento:
como as condições nutricionais da
população influenciam na organização
do cuidado?**

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante

TEMÁTICA GERADORA

Do diagnóstico ao monitoramento: como as condições nutricionais da população influenciam na organização do cuidado?

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

De que forma o diagnóstico alimentar e nutricional auxilia na prevenção e no enfrentamento da obesidade?

Diante do que foi discutido até o momento no curso, podemos observar que as DCNTs se configuram, atualmente, como um grande desafio para a saúde pública. De modo singular, destacamos a obesidade, pois ela é, simultaneamente, uma doença e um fator de risco para outras patologias desse grupo; interferindo na longevidade e qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Nesta Unidade Temática vamos compreender que o diagnóstico precoce do estado nutricional, bem como a avaliação do consumo alimentar podem e devem ser realizados, em âmbito individual e coletivo na APS/AB, por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

A realização contínua da VAN, em conjunto com as demandas espontâneas e programadas na unidade de saúde, se faz necessária na atenção aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, pois possibilita a identificação dos casos, a estratificação do risco e a organização do cuidado ofertado pela RAS.

Dessa forma, mesmo que a VAN seja realizada em todos os pontos de atenção, vale ressaltar a importância da APS/AB nesse cenário, pois ela tem maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território; tornando-se um local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

Esta Unidade Temática contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

- sistematizar o manejo da obesidade a ser realizado na atenção primária à saúde, por meio de estratégias efetivas, no âmbito individual, familiar e coletivo, adequadas ao território.
- construir planos de cuidados ou projetos terapêuticos singulares que considerem as evidências do tratamento da obesidade, as necessidades e o contexto dos indivíduos, famílias e coletividades.
- reconhecer as necessidades individuais e coletivas de saúde dos sujeitos com obesidade do território, para a resolução de problemas, utilizando ferramentas do planejamento estratégico, a fim de promover um bom funcionamento dos serviços ofertados.
- buscar em fontes científicas de informação as melhores evidências e práticas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao sobrepeso e à obesidade, analisando-as criticamente.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PRECOCE: QUANDO O EXCESSO DE PESO PASSA A AFETAR A SAÚDE CARDIOMETABÓLICA?

Sabemos que a prevalência das DCNTs vêm aumentando nas últimas décadas, sendo que, no Brasil, elas se configuram como as principais causas de óbitos em adultos. Nesse sentido, é importante ressaltar que o sobrepeso já é um fator de risco importante, tornando-se necessário o diagnóstico nutricional precoce para evitar problemas de saúde futuros, reforçando também a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis desde a infância, conforme apresentado na Figura 70.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Diagnóstico Nutricional se refere à identificação e determinação do estado nutricional do usuário, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtidos a partir da avaliação nutricional (CFN, 2008).

Os estudos mostram que valores de Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevados, como pode ser identificado em indivíduos com sobrepeso, estão associados a desfechos relacionados a menor qualidade de vida e prejuízo funcional. Logo, tais indivíduos apresentam maior risco cardiometabólico e estão susceptíveis a diversas complicações de saúde, como: doenças cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), entre outras.

Figura 70. Adoção de hábitos de vida saudáveis desde a infância



Fonte: World Obesity Federation.



SAIBA MAIS!

Acesse [este artigo](#) e conheça mais sobre a associação entre sobrepeso/obesidade e doenças crônicas.



Dessa forma, prevenir o sobrepeso e a obesidade, como as demais DCNTs evitáveis, no âmbito da APS/AB, implica no desenvolvimento de ações e abordagens que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, conforme abordado na UT3 desse curso.

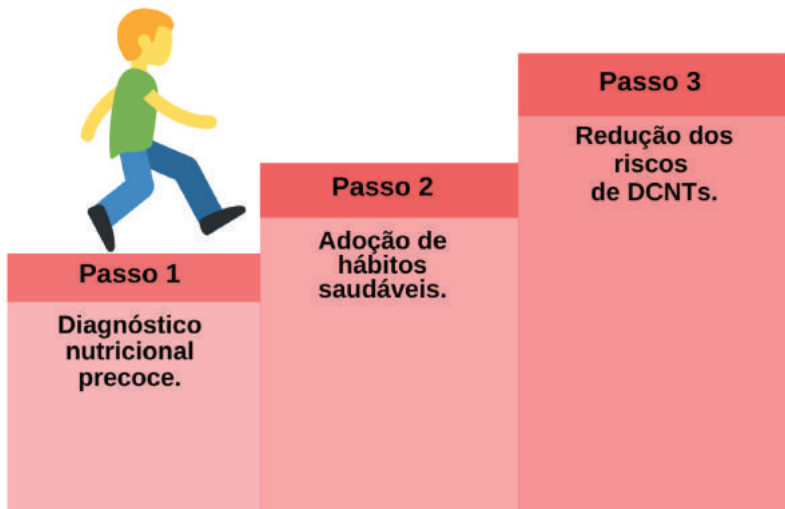
Os profissionais devem, em parceria com os indivíduos, famílias e comunidade, priorizar estratégias factíveis à realidade, considerando os

fatores socioeconômicos e culturais, a fim de minimizar as chances de insucesso.

A partir disso, a avaliação e o diagnóstico nutricional precoce, aliados a uma abordagem humanizada sobre o peso, proporcionam aos indivíduos com sobrepeso e obesidade a compreensão sobre sua situação de saúde.

Isso permite maior entendimento sobre os riscos e o apoio disponível dos serviços de saúde, a fim de auxiliar na mudança de hábitos e adoção de práticas saudáveis, visando prevenir o surgimento de doenças crônicas e complicações futuras, conforme ilustrado no esquema a seguir.

Figura 71. Passos importantes para atuar na prevenção da obesidade e demais doenças crônicas



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de WHO, 2020.

DIAGNÓSTICO DA OBESIDADE: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) E AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

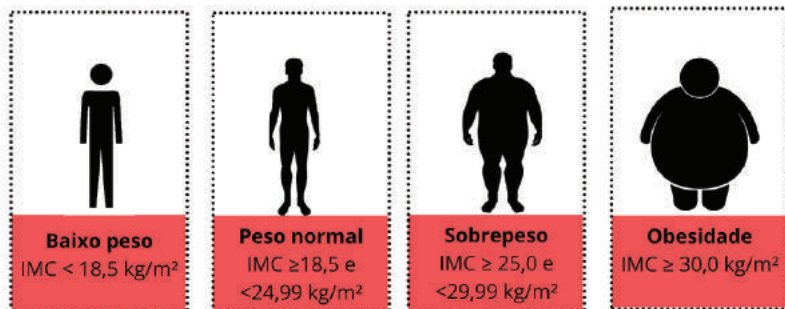
Atualmente, percebemos que o diagnóstico da obesidade se configura como um desafio a ser enfrentado na APS/AB, sendo um importante passo para o enfrentamento dessa epidemia, que se encontra invisível aos olhos do sistema de saúde, conforme abordado na UT1.

Ressaltamos que, por meio da realização do diagnóstico nutricional da obesidade, seja em âmbito individual ou coletivo, e do planejamento das ações, de acordo com as necessidades identificadas, as equipes de saúde podem contribuir no empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde, de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado.

Nesse sentido, o IMC tem sido proposto como o método recomendado para avaliar o peso corporal dos indivíduos, visto que é de fácil mensuração, baixo custo e não invasivo, além de apontar possíveis riscos à saúde.

Dessa forma, ele é determinado a partir da aferição do peso (em quilogramas) e altura (em metros), cujo cálculo e valor obtido, para classificar o estado nutricional de adultos, estão descritos na Figura 72.

Figura 72. Classificação do estado nutricional para adultos e cálculo do Índice de Massa Corporal



Como calcular o Índice de Massa Corporal (IMC):

$$\frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura x altura (em metros)}}$$

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Com relação aos adultos, a obesidade ainda é subdividida em: Grau I = ≥ 30 a $34,9 \text{ kg/m}^2$; Grau II = ≥ 35 a $39,9 \text{ kg/m}^2$ e Grau III = $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$, conforme classificação referenciada pela OMS (1995).

Assim, de modo geral, o IMC pode classificar um indivíduo em baixo peso, eutrófico (peso normal), sobrepeso e obesidade. No entanto, a classificação do estado nutricional apresenta pontos de corte diferentes de acordo com a faixa etária, sexo e idade gestacional, visto que cada fase da vida (Figura 73) apresenta características peculiares e necessidades distintas, exigindo um olhar diferenciado.

Figura 73. Representação dos diferentes ciclos da vida



Fonte: Pixabay; World Obesity Federation.

Após a coleta dos dados (peso e altura), atente-se aos pontos de corte e instrumentos específicos para realizar o diagnóstico nutricional corretamente, representado na Figura 74.

- Crianças e adolescentes: para menores de 5 anos, utilizam-se as curvas de crescimento infantil propostas pela OMS de 2006, e para crianças de 5 a 10 anos incompletos e adolescentes (10 a 19 anos), o referencial são as curvas da OMS de 2007.
- Gestantes: utiliza-se a curva de Atalah (1997) para determinar o estado nutricional, de acordo com a idade gestacional.
- Idosos: utiliza-se a recomendação proposta pela Associação Dietética Norte-Americana (ADA, 1994).

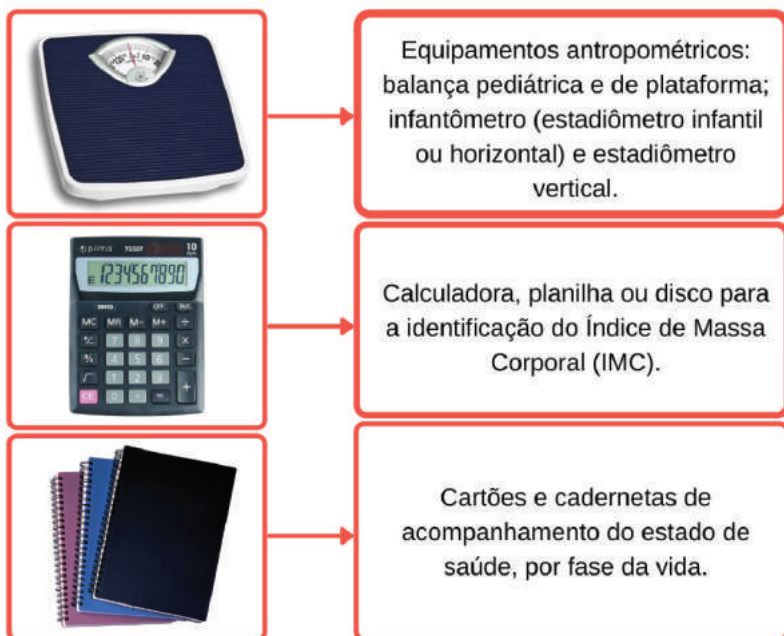
Figura 74. Representação dos instrumentos utilizados para a realização de vigilância nutricional nas unidades de saúde



Fonte: Pixabay.

Dessa forma, para realizar uma efetiva vigilância nutricional dos usuários e para que tais ações sejam cada vez mais incorporadas na rotina das unidades de saúde, é fundamental que os instrumentos, conforme ilustrado na Figura 75, estejam disponíveis aos profissionais.

Figura 75. Instrumentos necessários para a realização da vigilância nutricional nas unidades de saúde



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.



SAIBA MAIS!

Para mais informações sobre a coleta e análise dos dados antropométricos nas diferentes faixas etárias, consulte o material: **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde – norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**.



Com o cartão ou a caderneta em mãos, após a realização da avaliação antropométrica, é de suma importância que os dados aferidos sejam anotados, com a respectiva data; possibilitando, assim, a garantia da oferta de um cuidado continuado de qualidade aos usuários.



SAIBA MAIS!

Caderneta da criança, do Ministério da Saúde.



Versão menina



Versão menino

Caderneta da gestante e do idoso, do Ministério da Saúde.



Gestante



Idoso



VAMOS REFLETIR?

E o perímetro da cintura?

Você conhece esse parâmetro e adota-o como parte da sua avaliação?

Apesar do IMC ser uma ferramenta útil, ele apresenta limitações em seu uso, não possibilitando a avaliação da composição corporal dos indivíduos. Assim, sua classificação não se refere a uma medida direta de gordura corporal, como também não avalia sua distribuição.

A Figura 76 representa um exemplo bem prático de que, quando se considera apenas o valor de IMC durante uma avaliação clínica, pode haver interpretações inadequadas do estado de saúde do sujeito avaliado, visto que o IMC isolado nos revela somente números.

Figura 76. Representação das diferenças existentes entre indivíduos com o mesmo Índice de Massa Corporal (IMC)

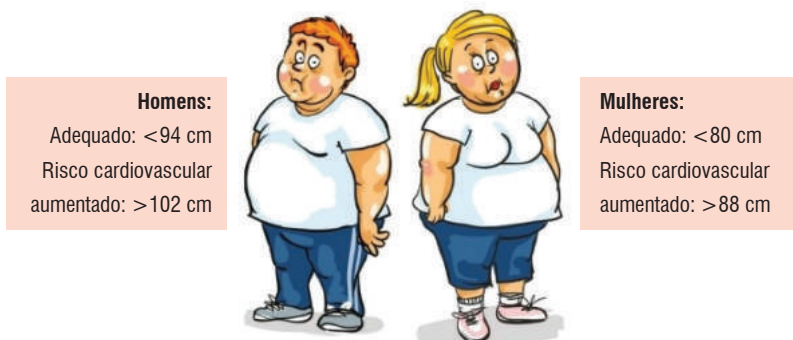


Fonte: Pexels.

Podemos observar o quão importante é também avaliar a distribuição de gordura corporal, pois ela auxiliará na avaliação individual do risco cardiometabólico, visto que esse é um indicador mais preditivo de saúde.

Dessa forma, com o objetivo de complementar o diagnóstico nutricional, os profissionais no âmbito da APS/AB podem, com o auxílio de uma fita métrica, aferir o perímetro da cintura (PC) dos indivíduos. A figura a seguir apresenta os respectivos pontos de corte para indivíduos adultos, de acordo com o sexo.

Figura 77. Parâmetros de perímetro da cintura para adultos



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014; Grátispng.



SAIBA MAIS!

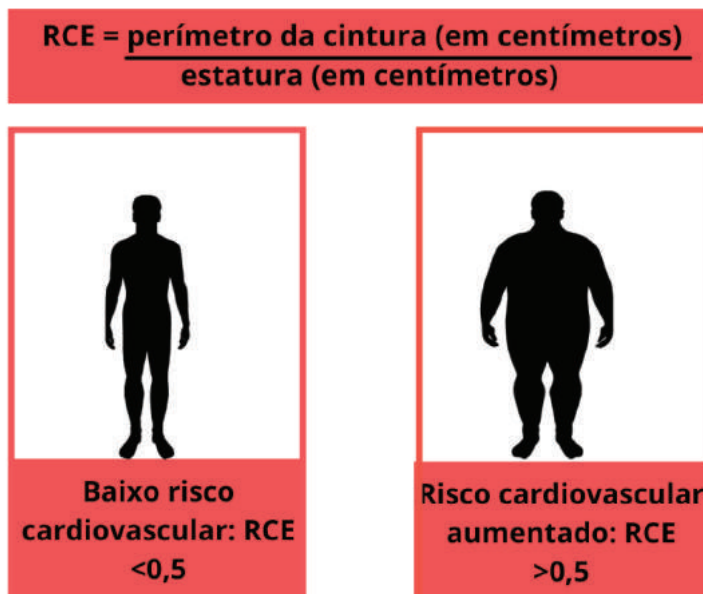
Para mais informações sobre como aferir o perímetro da cintura, acesse a p. 38 do material do **SISVAN**.



Por meio dessa medida, é possível avaliar a distribuição de gordura na região abdominal. Lembrando que, assim como o IMC, o PC é uma medida de fácil mensuração, baixo custo e não invasiva, sendo necessário somente que o profissional seja capacitado para fazê-la corretamente.

Com os dados de PC e estatura em mãos, é possível complementar a avaliação do indivíduo, quanto ao risco cardiovascular, por meio da Relação Cintura-Estatura (Figura 78).

Figura 78. Cálculo e classificação da Relação Cintura-Estatura na população em geral



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de CORRÊA, M. M., 2016.

A vantagem desse indicador, comparado ao emprego isolado do PC, deve-se ao fato dele permitir o estabelecimento de um ponto de corte único aplicável a todos os indivíduos, independentemente do sexo, idade, etnia ou peso corporal.

No entanto, independentemente do parâmetro avaliado ou do momento da consulta, é recomendado solicitar permissão, ao indivíduo, para que suas medidas sejam aferidas (Figura 79), e que as mesmas sejam feitas em locais reservados. Assim, é possível garantir a privacidade do paciente e evitar que o mesmo se sinta constrangido.

Figura 79. Representação da importância de solicitar a permissão do indivíduo antes de realizar a avaliação antropométrica



Fonte: Freepik.

Por fim, vale ressaltar que a avaliação nutricional deve-se basear na classificação do IMC aliado à avaliação do perímetro da cintura, dos hábitos alimentares, da disponibilidade dos alimentos na família, do nível de atividade física, dos exames clínicos, bioquímicos, etc., de modo que seja uma anamnese completa e que contemple também os DSS.

Após a avaliação clínica, serão realizados os encaminhamentos necessários e traçado o plano de cuidado para o enfrentamento da obesidade. Lembrando que é de suma importância que todos os dados e as informações coletadas sejam registrados adequadamente no prontuário e sistema de informação vigentes, bem como na caderneta de acompanhamento do usuário, a fim de auxiliar na oferta de um cuidado continuado de qualidade.



ESTUDO DE CASO

(UT04_EC01) Jorge, comerciante e residente no território da UBS Raio de Sol, após receber os resultados do exame de sangue, solicitados pelo enfermeiro João, realizou agendamento de uma consulta para uma avaliação médica. Diante do médico, no dia da consulta, Jorge falou:

- *Bom doutor... Hoje eu vim aqui pro senhor dar uma olhada nos meus exames. Semana passada eu não me senti muito bem, deu uma tonteira, a vista escureceu... e minha filha me trouxe aqui no postinho. Fui atendido pelo enfermeiro João, que me avaliou e pediu esses exames pra entender melhor o que está acontecendo.*
– *Em silêncio, Jorge aguardou o médico se pronunciar.*

Então, o médico disse:

- *É Jorge... pelos seus exames aqui, você está diabético.*
- *Meu Deus! E isso é sério doutor?*
- *Sim, sua glicemia está bem alterada. Desse jeito passa mal mesmo. Mas já vou avisando, se você não reduzir esse seu peso, vai ser bem difícil de controlar essa diabetes. Quanto você tá pensando mesmo?*

Jorge respondeu:

- *Ah, doutor, da última vez que eu pesei tava com 99 quilos.*
- *Hum... e sua altura, você se lembra?* – perguntou.
- *1,70 m, doutor* – respondeu Jorge.

- Pois é, pelo seu IMC você está obeso, Jorge. Então, vamos fazer o seguinte, a partir de hoje você começa a tomar esse remédio aqui antes das refeições e, como eu já disse, pra ajudar a controlar essa diabetes, é preciso fechar a boca! Combinado?

Assim, Jorge se retirou do consultório sem entender muito bem o que significava aquele tal de “IMC”, e o que deveria fazer de agora em diante para conseguir controlar sua diabetes.

Diante do caso exposto, você concorda com a avaliação e conduta realizada pelo médico? Em um arquivo de Word, descreva como você conduziria a situação e, em seguida, elabore um passo a passo para a realização do diagnóstico nutricional adequado.

Em conjunto com o seu grupo, realize a atividade e compartilhe no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN): SUA IMPORTÂNCIA NO MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ROTINA DOS SERVIÇOS NA APS/AB



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Entende-se por Vigilância em Saúde (VS) o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas que atuem em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

Assim, a VS atua como estratégia fundamental para a organização e execução de práticas efetivas para o enfrentamento de problemas existentes no dia a dia das eAB/eSF. Pois, a partir do reconhecimento das características, dos problemas e das necessidades da população adscrita em seu território, bem como dos possíveis aspectos promotores de sua saúde, é possível reorganizar os processos de trabalho voltados para a integralidade da atenção.

Nesse contexto, vale ressaltar que a VAN é parte da VS e foi instituída no âmbito do SUS pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º. Ela consiste na coleta e análise dos dados referentes à avaliação antropométrica, como já abordado no tópico anterior, e

avaliação dos indicadores de consumo alimentar, a fim de subsidiar o planejamento de ações para prevenção e enfrentamento dos agravos relacionados a alimentação e nutrição.

Dessa forma, para sua plena realização é fundamental que os profissionais de saúde conheçam o território e entendam as relações, tradições e os costumes da população quanto às práticas alimentares, conforme abordado na UT2 e representado nas imagens a seguir.

Figura 80. Representação das diversas práticas alimentares existentes em um território.



Fonte: Pixabay e Freepik.



VAMOS REFLETIR?

Agora que você já sabe o que é a VAN, como podemos realizá-la? Qual a sua importância para o manejo do sobrepeso e obesidade?

A partir dos dados coletivos, as equipes de saúde podem realizar o diagnóstico e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população adscrita no território. Além de fornecer um aporte para o planejamento e organização de ações em saúde, de acordo com as necessidades identificadas nas diversas fases da vida.

Para avaliação dos marcadores de consumo alimentar, são utilizados três formulários específicos, para cada ciclo de vida, que possuem o objetivo de auxiliar na identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis (Figura 81) e, como foco principal, ajudar na PAAS por todos os profissionais de saúde, independente de sua formação.

Figura 81. Marcadores de consumo alimentar específicos para indivíduos maiores de 2 anos



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2015.

Lembrando que, ao avaliar o consumo alimentar dos indivíduos, o intuito precisa ir além dos aspectos quantitativos, avaliando também a qualidade da alimentação e os possíveis comportamentos de risco, como consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, entre outros (Figura 82).

Figura 82. Representação de alguns comportamentos de risco existentes em um território



Fonte: Pixabay.



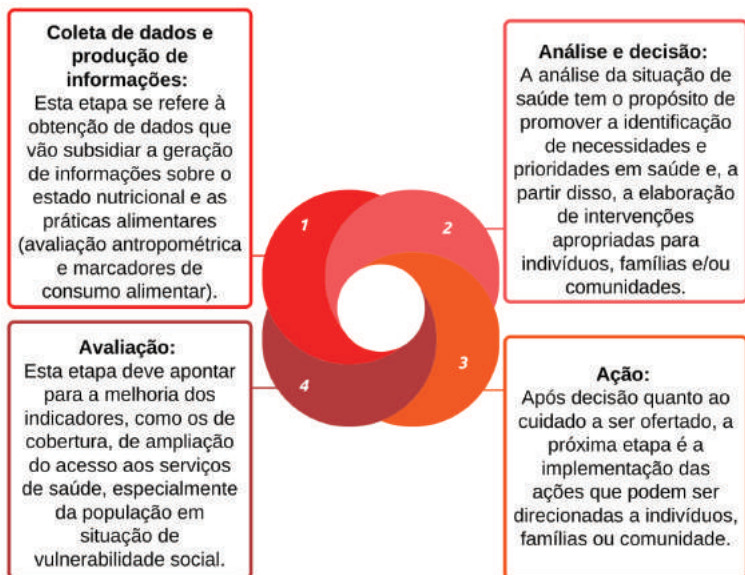
SAIBA MAIS!

Acesse o material **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** e conheça todos os formulários e orientações necessárias para a utilização desses instrumentos.



Dessa forma, para sua realização, é importante conhecer o Ciclo de gestão e produção do cuidado. Ele é composto por etapas, que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, conforme apresentado no *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional* e sintetizadas no esquema a seguir.

Figura 83. Ciclo de gestão e produção do cuidado por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2015.

Diante do panorama da obesidade, a realização da VAN, de forma contínua e sistemática, visa apoiar no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais, permitindo atuar precocemente no ganho de peso excessivo da população.

Vale ressaltar que os períodos mais críticos para o desenvolvimento dessa patologia estão na primeira infância e adolescência, de modo que crianças com obesidade possuem risco aumentado de se tornarem adultos obesos. Esse fato, aliado ao cenário mundial relacionado ao aumento dos indivíduos com sobrepeso e obesidade, como aprofundado na UT1 desse curso, evidencia ainda mais a necessidade de fortalecer a VAN e aplicá-la nos territórios.



VAMOS REFLETIR?

Mas quando e como a VAN pode ser realizada?

Cabe aos profissionais de saúde oportunizar ocasiões para a prática da VAN durante a rotina dos serviços.

Por exemplo:

- durante as consultas individuais dos diferentes ciclos de vida (demandas espontâneas e programadas);
- nos grupos e atividades coletivas;
- nos momentos de sala de espera (Figura 84);
- nas visitas domiciliares;
- e nos programas, como: PSE, PBF e Academia da Saúde.

Figura 84. Momento de sala de espera utilizado para a prática da VAN



Fonte: Foto dos autores.

Assim, observa-se a necessidade do acompanhamento contínuo do estado nutricional e das práticas alimentares dos indivíduos, principalmente no contexto da APS/AB, primando por dados verdadeiros para a realização de planejamento e desenvolvimento de políticas e estratégias que sejam focadas na melhoria da saúde da população e de seu perfil epidemiológico.



VAMOS PRATICAR?

(UT04_VP02) Em conjunto com o seu grupo, apliquem os marcadores de consumo alimentar entre vocês. Após a aplicação, façam uma discussão identificando os pontos que podem ser melhorados e compartilhem os principais aspectos discutidos no Fórum, disponível no ambiente virtual de aprendizagem. Acesse o formulário do SISVAN, clicando [aqui](#), e a ferramenta através do link disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

.....

.....

.....



VAMOS REFLETIR?

Você conseguiu entender a importância da realização da VAN em seu território? Para complementar esses conhecimentos vamos conhecer o sistema do Ministério da Saúde criado para disponibilizar e qualificar as informações da VAN?

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

Primeiramente, é preciso compreender que o SISVAN consiste em um Sistema de Informação em Saúde (SIS). Mas o que são os SIS?



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

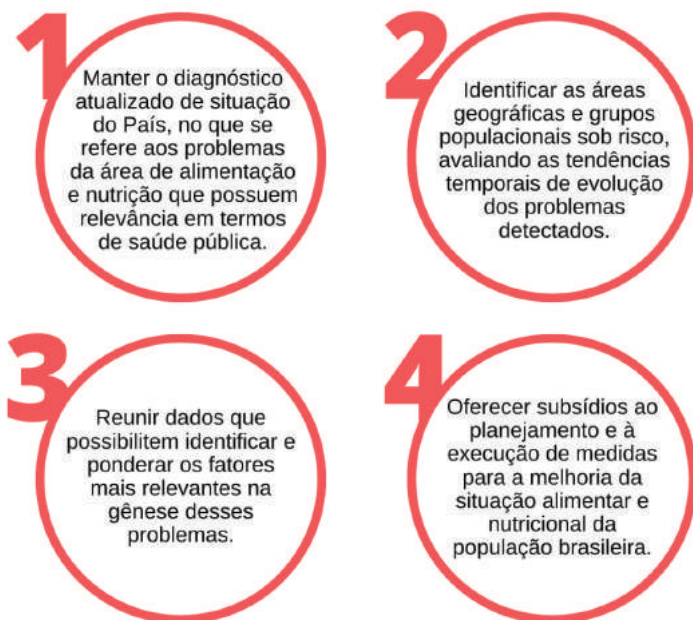
Os SIS são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008).

No âmbito da saúde, as informações geradas influenciarão no processo decisório em todas as instâncias, inclusive em nível local, para organização das ações e serviços ofertados pelas equipes de saúde. Isso se torna possível porque através dos sistemas de informação se tem conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras características da população adscrita.

Assim, no âmbito da alimentação e nutrição, temos o SISVAN para nos auxiliar nesse processo. Ele se constituiu uma atribuição do SUS por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, e da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

Para melhor compreendê-lo, apresentamos na Figura 85 os objetivos do SISVAN, conforme descritos na Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990.

Figura 85. Objetivos do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2008.

Diante disso, ressaltamos que o SISVAN possui protocolos de acompanhamento, de acordo com o ciclo de vida, que sistematizam o cuidado e padronizam os dados em nível nacional. Esses dados devem ser inseridos no sistema conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Cada ciclo de vida possui uma periodicidade, sendo recomendável que toda a população seja alvo da VAN.

Alguns critérios são recomendados para se definir e evidenciar os grupos populacionais mais vulneráveis ao quadro de Insegurança Alimentar, conforme descritos no Quadro 08 e representados na Figura 86.

Quadro 08. Critérios de vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional

VULNERABILIDADE ETÁRIA	Abrange crianças menores de 2 anos, gestantes, adolescentes e idosos com mais de 80 anos.
VULNERABILIDADE POR MORBIDADE	Abrange casos de indivíduos com diagnóstico de DCNTs, atentando-se principalmente aos portadores de HAS, DM e obesidade.
VULNERABILIDADE SOCIAL	Corresponde aos beneficiários de programas sociais, de doação de alimentos ou de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, povos e comunidades tradicionais, pessoas em situação de rua, acampados, assalariados rurais e moradores de áreas favelizadas.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2008.

Figura 86. Exemplos de critérios de vulnerabilidade sociais



Fonte: Freepik e Pixabay.






VAMOS REFLETIR?

Em algum momento da sua prática profissional, você já preencheu os relatórios do SISVAN ou já teve qualquer contato com esse sistema?

Referente à inserção de dados no SISVAN, de acordo com a PNAB, vale ressaltar que o mesmo trata-se de um sistema que deve ser alimentado regularmente, a fim de evitar possíveis suspensões do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Deste modo, deve-se seguir as seguintes periodicidades de inserção das informações no SISVAN Web, conforme apresentado no Quadro 09.

Quadro 09. Periodicidade recomendada de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar no sistema de informação em saúde

 GESTANTES	No mínimo, 1 registro, durante a gestação.
 CRIANÇAS	Nos primeiros 15 dias de vida, e nos seguintes meses: 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês.
 INDIVÍDUOS A PARTIR DE 2 ANOS	No mínimo, 1 registro por ano.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2015.

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.



SAIBA MAIS!

Em caso de dúvidas ou necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o SISVAN e avaliação nutricional acesse: **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.**



Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente. Os municípios que usam o e-SUS AB/APS com preenchimento do PEC ou CDS possuem a alimentação automática do SISVAN, pois além dos dados inseridos no próprio sistema, ele também reúne e consolida os registros provenientes do SISAB e do acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, ressaltando, assim, a importância da inserção de dados corretos nos sistemas!



PARA IR ALÉM!

Em 2018, foram registrados o peso e a estatura de mais de 40 milhões de brasileiros de todas as faixas etárias no SISVAN, o que corresponde a uma cobertura populacional de 20,7%, desses:

- 62% dos adultos e 50,9% dos idosos apresentaram excesso de peso.
Nesse mesmo ano, cerca de 1,6 milhão de pessoas tiveram seu consumo alimentar avaliado:
- 85,3% dos adultos e 86,3% dos idosos referindo consumo de feijão no dia anterior e 54,2% dos adultos e 41,1% dos idosos declarando consumo de bebidas adoçadas.

(BORTOLINI, G. A. *et al.*, 2020).

Por meio desses dados, observa-se que mesmo a alimentação inadequada sendo considerada o fator de risco que mais impacta na carga de doenças no Brasil, concomitantemente à prevalência significativa do excesso de peso, foi monitorado o estado nutricional de somente 20,7% da população brasileira. Deste percentual, que representa 40 milhões de pessoas, foi avaliado o consumo alimentar de apenas 1,6 milhões!



E NO TOCANTINS?

Em 2019, de acordo com os dados do SISVAN, foram avaliados pelos profissionais de saúde das UBS do Tocantins o estado nutricional de 182.998 usuários do SUS. Deste total, 42.804 pessoas tinham algum grau de obesidade, sendo: 31.696 (grau I); 10.650 pessoas (grau II) e 4.582 pessoas (grau III).

No entanto, é preciso ressaltar que os dados coletados do SISVAN nem sempre refletem a realidade dos municípios, uma vez que esses dados dependem do registro nos sistemas de informação pelos profissionais.

A seguir, podemos verificar alguns casos de subnotificação de sobrepeso e obesidade no estado Tocantins, baseados no registro do SISVAN, em 2019, apresentados nas Tabelas 01 e 02.



VAMOS REFLETIR?

Você acredita ser possível haver algum município tocantinense com prevalência de 100% de sobrepeso ou obesidade? Ou que a população com sobrepeso possa ser inexistente?

Tabela 01. Prevalência de obesidade por faixa etária nos municípios da Região de Saúde Médio Norte Araguaia, Tocantins, 2019

Município	0 a 5 anos	5 a 10 anos	Adolescentes	Adultos	Idosos
Aragominas	6,7%	11,0%	7,99%	25,7%	41,5%
Araguaína	2,5%	5,0%	6,5%	25,1%	48,1%
Araguanã	5,9%	5,8%	7,1%	26,3%	50,7%
Babaçulândia	3,9%	4,9%	9,3%	24,4%	41,7%
Barra do Ouro	4,4%	6,0%	7,9%	27,7%	34,0%
Campos Lindos	1,9%	4,2%	6,0%	22,7%	40,7%
Carmolândia	3,6%	10,7%	5,6%	26,5%	49,3%
Darcinópolis	5,6%	9,3%	4,5%	29,3%	46,0%
Filadélfia	10,5%	7,8%	7,1%	30,1%	40,8%
Goiatins	8,6%	14,2%	7,2%	21,4%	41,1%
Muricilândia	5,7%	8,1%	5,8%	30,1%	47,5%
Nova Olinda	13,6%	14,0%	7,1%	21,5%	37,6%
Pau D'Arco	6,8%	11,9%	10,9%	26,8%	45,5%
Piraquê	6,0%	14,5%	13,0%	15,5%	0,0%
Santa Fé do Araguaia	2,7%	8,2%	10,0%	30,7%	51,1%
Wanderlândia	7,6%	15,4%	6,5%	24,9%	43,3%
Xambioá	3,5%	8,5%	6,3%	27,9%	49,5%

Fonte: PINTO, S. L.; SILVA, C. A., 2020.

Tabela 02. Prevalência de obesidade por faixa etária nos municípios da Região de Saúde Capim Dourado, Tocantins, 2019

Município	0 a 5 anos	5 a 10 anos	Adolescentes	Adultos	Idosos
Aparecida do Rio Negro	5,9%	8,1%	7,6%	24,1v	39,6%
Fortaleza do Taboão	9,0%	11,0%	11,1%	30,5%	36,3%
Lagoa do Tocantins	4,6%	4,3%	4,5%	21,2%	33,1%
Lajeado	18,4%	21,0%	11,1%	33,6%	100,0%
Lizarda	15,9%	12,7%	7,4%	16,1%	28,1%
Miracema do Tocantins	6,4%	10,0%	5,1%	22,4%	38,9%
Miranorte	5,0%	9,8%	8,6%	29,6%	51,6%
Novo Acordo	2,5%	6,1%	6,5%	23,1%	37,3%
Palmas	5,7%	10,9%	7,8%	26,5%	51,2%
Rio dos Bois	7,8%	13,4%	9,0%	26,6%	56,0%
Rio Sono	5,1%	9,5%	6,7%	24,9%	45,8%
Santa Tereza do Tocantins	3,1%	6,7%	4,7%	26,4%	44,2%
São Félix do Tocantins	4,1%	5,6%	4,6%	21,7%	14,8%
Tocantínia	3,1%	9,6%	7,4%	27,6%	37,5%

Fonte: PINTO, S. L.; SILVA, C. A., 2020.

Ressaltamos que as informações destacadas referem-se à notificação, no SISVAN, do quantitativo de apenas um indivíduo idoso em cada município. Logo, verificamos que ainda é um desafio incorporar as ações de VAN na rotina das equipes da APS/AB. Os dados apresentados demonstram a grave realidade relacionada a sua realização, principalmente se considerarmos o panorama da obesidade e seus agravos, conforme já abordado em outras UTs do curso.



VAMOS PRATICAR?



(UT04_VP03) Em conjunto com o seu grupo, acesse o site do SISVAN Web através desse [link](#) e gerem um relatório do seu município.

Para isso, sigam os seguintes passos: Relatórios >> Consolidados >> Estado nutricional >> Ano de Referência: 2019 >> Mês de Referência: TODOS >> Agrupar por: MUNICÍPIO >> Estado: TO >> Selecione seu município >> Selecione a opção: Relatório por estabelecimento de saúde.

Analise o relatório e sintetize por escrito as principais informações sobre a obesidade no seu município e/ou unidade de saúde: os dados refletem a situação real? Compartilhem os principais aspectos dessa análise no próximo encontro.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONCLUSÃO

Para finalizar, você é convidado a refletir: como tem sido seu olhar e o de sua equipe com relação ao sobrepeso e à obesidade no seu território de saúde? Você acredita ter exercido seu papel de forma efetiva, enquanto profissional da APS/AB, a fim de contribuir para melhoria do cenário epidemiológico da comunidade?

Como aprendemos nesta UT, o diagnóstico nutricional precoce pode impedir ou retardar o surgimento de doenças capazes de afetar consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos e levar ao aumento da mortalidade.

A efetiva aplicação de estratégias que visem ao reconhecimento da situação alimentar e nutricional do território subsidiarão às equipes, informações necessárias para a organização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de agravos, de modo intra e intersetoriais.

Assim, como instrumento importante de auxílio nesse processo, citamos o SISVAN Web, que possibilita realizar o diagnóstico e o monitoramento dessas condições em nível local, regional, estadual e nacional.

Logo, o diagnóstico realizado por meio da VAN subsidiará a tomada de decisão, não apenas no setor saúde, mas também para o planejamento intersetorial, incluindo a implementação e reformulação de políticas e estratégias.



ESTUDO DE CASO - Parte 4

(UT04_EC02) Filipe, é um ex-atleta de 40 anos que após operar o joelho havia sido impedido de fazer o que mais gostava: praticar esportes. Ele fazia sessões de acupuntura na UBS, para o alívio de dores, e em uma dessas sessões contou à fisioterapeuta Lourdes que após a cirurgia havia ganhado em torno de 60 kg, sendo assim encaminhado para o acompanhamento com a nutricionista.

Na consulta com Vitória, a nutricionista, Filipe relatou sobre a sua rotina corrida que dificultava que ele se alimentasse nos horários corretos e que se sentia desmotivado a realizar atividades físicas. Apesar de já ter recebido o diagnóstico de obesidade em um atendimento médico anterior, no qual foi sugerida a cirurgia bariátrica, demonstrava não concordar.

Vitória confirmou o diagnóstico de obesidade grau III na consulta e afirmou que a cirurgia bariátrica é um dos possíveis tratamentos para a obesidade, porém não é a primeira opção, pois existem outras possibilidades que devem ser levadas em consideração antes da intervenção cirúrgica, para melhorar sua qualidade de vida.

- *Então, Filipe, para o diagnóstico nutricional nós utilizamos o IMC que é o índice de Massa Corporal. Acima de 30 kg/m² já é considerado obesidade. O seu IMC deu 46 kg/m², o que consideramos obesidade grau III – disse a nutricionista Vitória.*
- *Eu não entendo, doutora, vocês me classificam por números? Eu não concordo – falou Filipe.*

Filipe, não se via como uma pessoa com obesidade, na sua perspectiva as pessoas consideradas obesas deveriam ser aquelas que não

conseguem sequer se levantar da cama e realizar suas atividades comuns, não era o seu caso, ele não se considerava gordo, mas concordava que precisava perder alguns quilos para manter a saúde equilibrada.

A nutricionista, então, convidou Filipe para o próximo encontro do grupo de promoção do autocuidado. Filipe aceitou a sugestão.

Naquele mesmo dia, em outro atendimento individual a Débora, uma mulher de 35 anos, deu um relato que chamou a atenção da nutricionista Vitória.

- Eu não vejo a saúde somente como ausência de doenças. Desde criança sempre fui gordinha. Eu sou obesa desde a infância. Ainda sou obesa, mas já foi muito pior. Minha saúde estava pior, minha diabetes e pressão eram descontroladas e hoje consigo manter o controle, ninguém consegue perceber isso? A obesidade é a razão de todos os meus problemas. Quando recebi o diagnóstico de obesidade, a médica sugeriu uma cirurgia bariátrica, me senti mal e chorei bastante. Eu sei que sou gorda, sou assim a vida inteira – disse Débora.

Esses dois pacientes confirmaram presença no grupo de promoção do autocuidado, porém não compareceram ao encontro.

A partir desse relato, faça uma síntese respondendo às seguintes perguntas:

Na sua prática profissional, o que você considera para realizar o diagnóstico de obesidade? Você consegue observar qual é o impacto do diagnóstico na vida dessas pessoas e quais as consequências na gestão do autocuidado? Compartilhe sua reflexão no Fórum disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

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

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. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

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 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. *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. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: sistemas de informação*, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php. Acesso em: 31 maio 2021.

CAMPOS, D. A. *Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde* [recurso eletrônico]. 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

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.

CORRÊA M. M. *Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de risco à saúde: estudo de base populacional em adultos e idosos brasileiros*. [tese]. Pelotas (RS), Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2016.

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



UNIDADE TEMÁTICA 5

**O CUIDADO
INTERPROFISSIONAL
NA OBESIDADE**

.....

**Integralidade e longitudinalidade
do cuidado.**

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

O CUIDADO INTERPROFISSIONAL NA OBESIDADE

Bianca Dias Ferreira
Geórgia Correa Alencar
Natalia Quaresma de Souza



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

Como ofertar o cuidado integral à pessoa com obesidade no contexto da APS/AB?

Conhecendo a multicausalidade da obesidade é possível refletir sobre o desafio de promover estratégias para o tratamento integral de indivíduos, famílias e comunidades com esse agravo, que cresce a passos largos. Diante dessa situação pandêmica, interligada ao aumento da prevalência de outras doenças crônicas, devemos considerar a necessidade de um aporte coletivo para que os índices possam ser revertidos.

Dessa forma, é necessário iniciar a abordagem acerca das estratégias possíveis para o tratamento da obesidade, destacando-se o papel

fundamental da APS/AB no enfrentamento desse agravo, aliado à atuação interprofissional das equipes de saúde.

Nessa perspectiva, esperamos que esta UT possibilite novas reflexões e práticas no cuidado da obesidade, ressaltando ainda a atuação interprofissional na APS/AB.

Esta Unidade Temática 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;
- sistematizar o manejo da obesidade a ser realizado na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias efetivas, no âmbito individual, familiar e coletivo, adequadas ao território;
- implementar ações de práticas corporais e práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo processos favoráveis à integralidade do cuidado sob a ótica da promoção da saúde e prevenção da obesidade;
- construir planos de cuidados ou projetos terapêuticos singulares que considerem as evidências do tratamento da obesidade, as necessidades e o contexto dos indivíduos, famílias e coletividades.

ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

No Brasil, o trabalho em equipe se configura como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do SUS, em especial na APS/AB. De modo que é considerado um dos pilares do trabalho em saúde e toma as necessidades da população adscrita como objeto multidimensional, que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais.

Você deve ter notado que diversos materiais e autores se referem às abordagens da equipe de saúde como multiprofissional, entretanto, optamos aqui por utilizar o termo interprofissional. Você sabe diferenciar estes conceitos?



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Abordagem multiprofissional: relaciona-se com o trabalho em equipes, constituídas por diferentes profissionais que, por vezes, apenas dividem o mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação entre os membros (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2015).

Abordagem interprofissional: compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, considerados coprodutores dos atos em saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2015).

Nesse sentido, ao entender a obesidade como um problema multifatorial, é possível perceber que o seu cuidado exige uma abordagem integral, interprofissional, centrada no sujeito, e não apenas no seu peso corporal, respeitando as especificidades individuais, de gênero e dos diferentes ciclos de vida.

Portanto, a abordagem do indivíduo com obesidade requer o acompanhamento por uma equipe interprofissional (Figura 87) capaz de trabalhar de forma colaborativa, visando à integralidade do cuidado em saúde.

Figura 87. Alguns profissionais que podem compor a equipe interprofissional

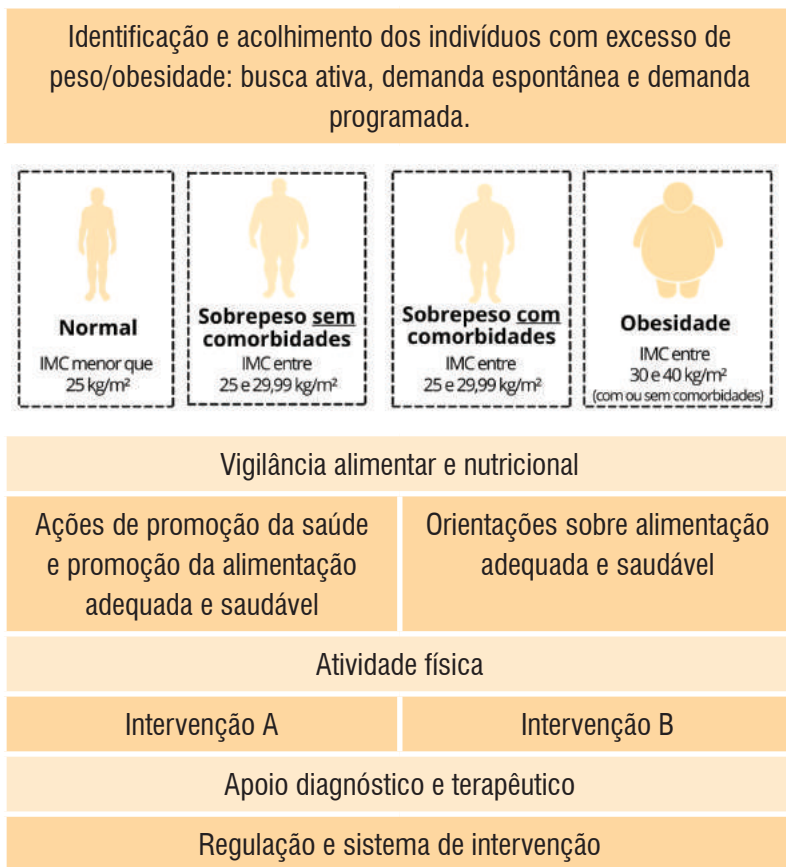


Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

A equipe de saúde da APS/AB deve estar atenta na identificação e manejo das pessoas com sobrepeso e obesidade, de modo a assumir a corresponsabilização no acompanhamento, evitando, assim, ações uniprofissionais que levem à fragmentação do cuidado e à sobrecarga de trabalho individual.

Na Figura 88 é possível observar ações comuns a todos os membros da equipe interprofissional, que devem ser executadas na rotina das unidades de saúde como modo de promover o cuidado integral.

Figura 88. Fluxograma de atividades a serem realizadas com os indivíduos na APS/AB



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

Desse modo, é necessário entender que o tratamento da obesidade não deve ser focado apenas no emagrecimento, mas principalmente na melhoria da qualidade de vida e redução de comorbidades associadas ao ganho de peso excessivo. Trata-se de um processo gradual, que visa alcançar objetivos em curto e longo prazos.

Os profissionais precisam respeitar a singularidade de cada sujeito com obesidade, estando aptos a mediar as decisões em conjunto com o mesmo, escolhendo as práticas que favoreçam o cuidado, tanto na perspectiva individual, como coletiva. A seguir, apresentamos algumas ações interprofissionais que devem ser utilizadas no enfrentamento e controle da obesidade.

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Na APS/AB, nas demandas espontâneas e programadas, a VAN deve ser rotina na prática profissional. Na demanda espontânea, pesar e medir podem fazer a diferença na captação de usuários com excesso de peso que não costumam frequentar a unidade. Além da classificação do estado nutricional, ressaltamos a importância de conhecer os modos de vida, que podem ajudar na identificação dos casos e realização da gestão do cuidado.



VAMOS RELEMBRAR!

Visitando a UT4 você pode encontrar mais informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Planos Terapêuticos

Uma das estratégias da equipe de saúde na APS/AB é a elaboração de planos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva por parte dos profissionais, realizando ações interdisciplinares e interprofissionais, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Dentro dessa modalidade encontra-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento que organiza o cuidado compartilhado entre equipe e usuário em casos mais complexos. O PTS é resultado da discussão de uma equipe interprofissional, sendo constituído por propostas de condutas terapêuticas articuladas para indivíduos ou grupos.



PARA IR ALÉM!

Destaca-se que o cuidado compartilhado aumenta a eficácia do tratamento, a comunicação, a corresponsabilização e fortalece o vínculo. Assim, para construir um PTS é necessário perpassar pelas seguintes etapas:

- 1ª diagnóstico e análise da integralidade do sujeito;
- 2ª definição de ações e metas;
- 3ª divisão de responsabilidades;
- 4ª reavaliação.

Atendimento compartilhado

Os profissionais devem atuar na qualificação das equipes de saúde, por meio da educação permanente, possibilitando o compartilhamento de fazeres e saberes entre diferentes profissionais, uma estratégia importante na organização e integração do cuidado em saúde.

Nesse sentido, o atendimento compartilhado entre profissionais da equipe interprofissional (Figura 89) fortalece o vínculo com o usuário, facilita a comunicação e a coleta de dados, permite a pactuação de ações, promove discussões de caso e possibilita intervenções que considerem a realidade do paciente. É uma ferramenta frequente na rotina de trabalho e potente fortalecedora do cuidado integral na APS/AB.

Figura 89. Representação de atendimento compartilhado realizado entre profissionais da Enfermagem e Nutrição



Fonte: Foto dos autores.

Grupos



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Os grupos são caracterizados como espaços de diálogo e troca de experiências, constituindo-se como importantes recursos para integrar o cuidado quando estão relacionados às condições de saúde, no âmbito da APS/AB (BRASIL, 2014; RECINE; LEÃO; CARVALJO, 2015)

Nesse sentido, o acolhimento é fundamental para que os participantes do grupo estabeleçam a confiança entre si e criem estratégias que possibilitem uma mudança em seu modo de vida. Dentre as possibilidades de grupos que podem existir, destacamos aqueles voltados para o controle da hipertensão e diabetes (Hiperdia), alimentação saudável e obesidade. Estes devem estar fundamentados na educação em saúde, visando à autonomia, ao empoderamento, à participação e corresponsabilização dos participantes.

No âmbito do cuidado com a obesidade, uma das estratégias possíveis e necessárias de serem realizadas nos grupos (Figura 90) é a socialização a respeito do conhecimento sobre os diversos aspectos da alimentação. Devem ser estabelecidas estratégias para o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis e sustentáveis, promovendo, assim, um olhar para além do nutriente, da doença, da dieta e da restrição.

Figura 90. Representação de um encontro do grupo Hiperdia



fonte: Foto dos autores.

Acolhimento, vínculo e corresponsabilização

Os profissionais de saúde devem acolher as demandas e as dificuldades apresentadas sobre a obesidade, entender sua complexidade e influência nas outras DCNTs. Desse modo, através do autocuidado apoiado, as equipes da APS/AB devem estimular os indivíduos a assumirem o gerenciamento da sua saúde, envolvendo também seus familiares para que possam ser orientados e motivados a lidar com as dificuldades do plano de tratamento.

Vale ressaltar que o autocuidado apoiado não consiste em retirar a responsabilidade do profissional de saúde, mas em auxiliar os indivíduos para que se empoderem em relação à sua saúde. Nesse sentido, faz-se imprescindível compreender a vulnerabilidade dos indivíduos, conhecer as possíveis causas para sua condição e estabelecer pontos em comum de cuidado entre os atores do processo (profissionais, família e indivíduo com obesidade).



VAMOS PRATICAR?

(UT05_VP01) Quais profissionais compõem a equipe interprofissional da sua unidade? Descreva como é a interação da equipe (eSF/eAB e equipe interprofissional) no desenvolvimento das ações e serviços na UBS no *Fórum*, disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

.....

.....

.....

IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE NA EQUIPE INTERPROFISSIONAL

No tratamento da obesidade é reconhecida a necessidade de um trabalho interprofissional, incluindo diversas áreas como psicologia, fisioterapia, nutrição, entre outras. Entretanto, na grande maioria das vezes, o tratamento da obesidade é associado, por profissionais e pacientes, somente ao combo dieta e atividade física (Figura 91).

Figura 91. Representação de atividade física e alimentação saudável



Fonte: World Obesity Federation.



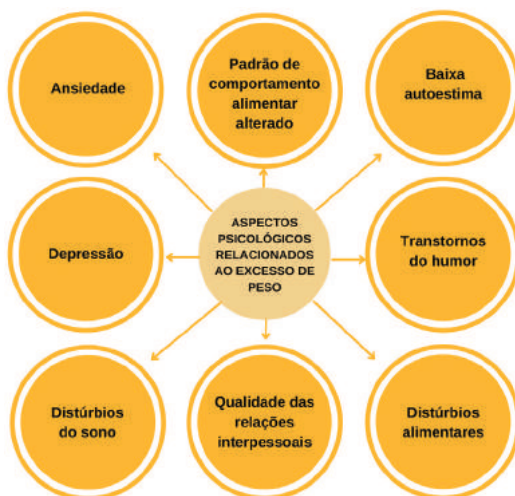
VAMOS REFLETIR?

Você entende por que as diferentes áreas da saúde, para além da nutrição e educação física, são essenciais no cuidado da obesidade?

Muitas vezes, o usuário chega ao serviço de saúde sem conseguir descrever o que sente, ou falar sobre si mesmo. Não percebe seu corpo, suas vulnerabilidades e muito menos se reconhece como uma pessoa com obesidade. Além disso, sentem-se estigmatizados e muitas vezes desencorajados a realizarem atividades rotineiras, como trabalho, lazer, eventos sociais ou outras situações que possam desenvolver algum prazer.

O intuito do trabalho, por meio de abordagens abrangentes, é que o usuário se aproprie de suas escolhas e desenvolva a percepção sobre si mesmo e seu autocuidado, sendo estes, aspectos que permeiam a atenção psicológica. Assim, visando ao cuidado integral da pessoa com obesidade, nosso foco é abordar os aspectos psicológicos do indivíduo (Figura 92), os quais também precisam ser considerados para um tratamento efetivo.

Figura 92. Alguns fatores e impactos psicológicos associados ao sobrepeso e obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de SILVA, 2020.

Considerando que os aspectos psicológicos interferem na manutenção ou agravamento do sobrepeso/obesidade, observamos que, entre as estratégias para o enfrentamento dessa condição, devemos mediar o desenvolvimento da consciência crítica nos pacientes para que os mesmos:

- entendam a necessidade de mudança e possam fazer escolhas mais saudáveis;
- compreendam suas vulnerabilidades emocionais e cognitivas, sobretudo no que diz respeito ao enfrentamento de situações de mudanças, que, por si só, são estressantes.

No entanto, isso é um desafio, uma vez que são diversos os impactos físicos e emocionais relacionados à obesidade e ao seu tratamento (Figura 93).

Figura 93. Repercussões físicas e emocionais relacionadas à obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de FIGUEIREDO, 2020.

É necessário, portanto, fazer um diagnóstico adequado e individualizado, considerando os diversos fatores relacionados à obesidade, de modo que os instrumentos de anamnese, utilizados pelos profissionais, incluam uma triagem sobre os aspectos psicológicos que dificultam as mudanças de hábitos necessárias no tratamento da obesidade.

Ainda na perspectiva do cuidado integral à pessoa com obesidade, o *Caderno de Atenção Básica* nº 38, do Ministério da Saúde, sugere o tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, prescrição de atividade física e atenção psicológica, realizado na APS/AB e/ou Atenção Ambulatorial Especializada. A seguir, abordaremos alguns aspectos da atenção psicológica para tratamento e cuidado da obesidade na APS/AB.

Aspectos gerais da atenção psicológica na APS/AB

No geral, as práticas em saúde mental na APS/AB podem e devem ser realizadas pelos os profissionais de saúde. A seguir, apresentamos algumas ações terapêuticas que podem ser realizadas por todos os profissionais da UBS.

- proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- exercer boa comunicação;
- exercitar a habilidade da empatia;
- lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- oferecer suporte na medida certa, que não torne o usuário dependente e nem gere uma sobrecarga no profissional;
- reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

No contexto da APS/AB, os profissionais especialistas em saúde mental devem elaborar suas intervenções a partir das vivências no território, das singularidades dos pacientes e de sua comunidade, bem como da relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários. Essas intervenções podem englobar desde ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como também psicoterapia individual, atendimentos domiciliares, atendimentos compartilhados, grupos terapêuticos e operativos, PTS, discussões de caso, entre outros.



SAIBA MAIS!

Acesse o Caderno de Atenção Básica nº 34 para mais informações sobre o cuidado em saúde mental na APS/AB, [aqui](#).



Obesidade associada a Transtornos Alimentares (TA)

A APS/AB tem um papel importante no que se refere aos TA, atuando na identificação de casos, definição de critérios e encaminhamento a outros pontos da RAS, e abordagens que contemplem sua origem e manutenção. Entre os TAs, alguns se relacionam com a obesidade, destacando-se o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) (Figura 94).

Figura 94. Representação dos comportamentos característicos dos transtornos alimentares



Fonte: Elaboração própria. Pexels.



SAIBA MAIS!

Para mais informações sobre os Transtornos Alimentares, acesse o *Manual diagnóstico DSM-V*, [aqui](#).



Atenção psicológica na cirurgia bariátrica

No período pré-operatório, além de suas atribuições gerais, os profissionais da APS/AB devem manter contato com a equipe de Atenção Especializada (AE), para juntos apoiarem o indivíduo e sua família, especialmente quanto ao acompanhamento psicológico.

Por meio da escuta qualificada, é possível compreender sobre os aspectos subjetivos vinculados ao corpo com obesidade e todo o sofrimento psíquico e social que a doença comumente implica, além de dar suporte aos indivíduos na preparação para a cirurgia.

Já na fase pós-operatória, a atenção psicológica é essencial no acompanhamento compartilhado entre os profissionais da APS/AB e da AE, devendo ser mantida para potencializar a oferta dos cuidados aos pacientes recém-operados, para sua evolução e recuperação gradual e completa.



SAIBA MAIS!

Para compreender melhor as percepções dos indivíduos sobre a manutenção da obesidade, confira o artigo abaixo.

Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, [acesse aqui](#).



PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE NA APS/AB

A adoção de modos de vida saudáveis por pessoas vivendo com sobrepeso e obesidade deve ser amplamente incentivada pelos profissionais da APS/AB. Apesar do fato de, por muito tempo, acreditarem que a prática de atividade física (Figura 95) aliada a dieta seria a grande solução para a obesidade, deve-se frisar que, na verdade, há múltiplas causas e fatores que a influenciam, cujo tratamento é complexo e exige um olhar mais abrangente e, ao mesmo tempo, individualizado.

Figura 95. Representação da prática de atividade física



Fonte: Pixabay. World Obesity Federation.



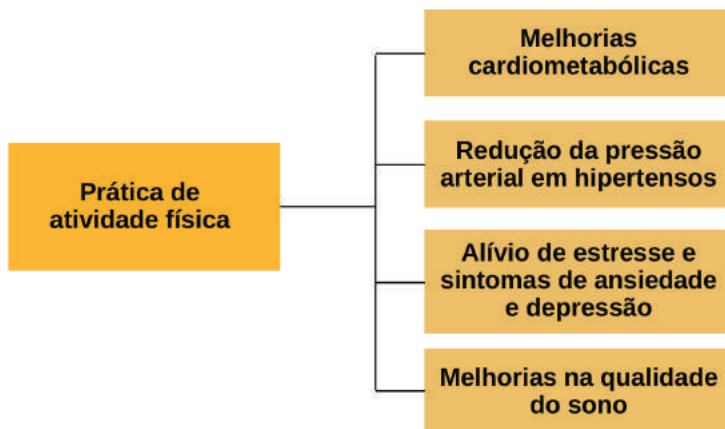
CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Atividade física: Qualquer movimento corporal com gasto energético acima dos níveis de repouso.

Práticas corporais: São expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer) (BRASIL, 2015).

Dentre as possibilidades terapêuticas para prevenção e controle da obesidade, destacam-se a atividade física e as práticas corporais como importantes ferramentas na melhoria da qualidade de vida. Na Figura 96, podemos observar alguns dos benefícios da prática regular de atividade física.

Figura 96. Benefícios da prática regular de atividade física



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014.

No entanto, ao orientar a prática de atividade física às pessoas vivendo com obesidade, é necessário considerar outros fatores como:

- as próprias limitações físicas e funcionais do sujeito, como dores na coluna, no quadril, nos joelhos e nas pernas, pela sobrecarga de peso nas articulações;
- sua percepção de saúde;
- sua disposição em aderir a certas práticas;
- a vergonha de estar em público relacionada ao estigma social da obesidade;
- presença de comorbidades;
- baixa aptidão física.

Todos os fatores citados dificultam a prática de atividade física e prejudicam a autonomia para a realização de atividades diárias. Assim, ressaltamos a importância da orientação por profissionais habilitados, como o profissional de educação física e/ou fisioterapeuta, visando à escolha de atividades adequadas e de intensidade apropriada para cada indivíduo e, conseqüentemente, evitando o desenvolvimento ou agravamento de lesões articulares e osteomusculares.

No geral, a OMS recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por semana para todos os adultos, incluindo quem vive com doenças crônicas ou incapacidade, e uma média de 60 minutos por dia para crianças e adolescentes. No Quadro 10 apresentamos as recomendações específicas de atividade física específica para a população brasileira.



SAIBA MAIS!

Acesse na íntegra o **Guia de atividade física para a População Brasileira** do Ministério da Saúde, **clicando aqui**.



Quadro 10. Recomendação de prática de atividade física para a população brasileira, segundo o Ministério da Saúde

CRIANÇAS

As seguintes recomendações podem ser distribuídas ao longo do dia:

- Crianças de até 1 ano: pelo menos 30 minutos por dia de barriga para baixo (posição de bruços);
- Crianças de 1 a 5 anos: pelo menos 3 horas por dia de atividades físicas de qualquer intensidade, sendo, no mínimo, 1 hora de intensidade moderada a vigorosa.

CRIANÇAS E JOVENS (6-17 ANOS)

A seguinte recomendação pode ser distribuída ao longo do dia:

- Praticar pelo menos 60 minutos por dia;
- Como parte dessa recomendação, incluir, em pelo menos 3 dias na semana, atividades de fortalecimento dos músculos e ossos.

ADULTOS E IDOSOS

- Pelo menos 150 minutos de AF moderada por semana;
- Ou, pelo menos, 75 minutos de AF vigorosa por semana;
- Como parte dessa recomendação, inclua, em pelo menos dois dias na semana, atividades de fortalecimento muscular.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2021.

A equipe interdisciplinar deve conhecer o território e os dispositivos disponíveis à população, como praças, clubes, polos da Academia da Saúde e quadras esportivas. Assim, é possível sugerir opções que melhor se encaixem na rotina de cada indivíduo, incentivando desde atividades individuais até grupos coletivos voltados para a prática de atividade física, entre elas: caminhadas, aulas de dança e práticas de esportes. Na Figura 97 podemos ver algumas atividades que podem ser incentivadas na rotina das unidades de saúde.

Figura 97. Representação da prática de atividade física



Fonte: Pixabay. World Obesity Federation.



PARA IR ALÉM!

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos (polos) onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Esses polos fazem parte da rede de APS/AB e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como um ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a ESF, as equipes interprofissionais e a Vigilância em Saúde.



VAMOS PRATICAR?

(UT05_VP03) Cite a seguir duas atividades físicas que podem ser incentivadas utilizando os espaços públicos do seu território, evidenciando as consequências positivas que essas práticas podem oferecer no enfrentamento e controle da obesidade para além da perda de peso.

.....

.....

.....

.....

.....

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NO CUIDADO INTEGRAL DA OBESIDADE



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

As Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

De forma geral, as PICS são práticas multiprofissionais e transversais em suas ações no SUS, podendo estar presentes em todos os pontos da RAS, prioritariamente na APS/AB, com evidências de melhora nos pacientes a partir da sua utilização.

As PICS podem ser adotadas por diversos profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, entre outros. Baseiam-se no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social. Assim, auxiliam no tratamento de doenças das mais diversas ordens e contribuem para a integralidade do cuidado.

No Brasil, foram institucionalizadas através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), uma política

pública permanente que considera não só os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano.



SAIBA MAIS!

Confira [aqui](#) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.



As primeiras práticas a serem incorporadas na PNPIC, ainda em 2006, foram a Medicina Tradicional Chinesa, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, e termalismo social/crenoterapia. Posteriormente, a OMS avaliou a evolução das PICS em torno do mundo, e a partir disso a PNPIC foi ampliada em dois anos consecutivos através das Portarias nº 17/849 e nº 18/702, sendo incluídas nessas revisões diversas outras práticas no escopo do SUS.



SAIBA MAIS!

Abaixo, serão apresentadas outras legislações associadas às PICS:

Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), [acesse aqui](#).



Portaria nº 849 de março de 2017, [acesse aqui](#).



Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, [acesse aqui](#).



Atualmente, o SUS oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de PICS à população. As práticas encontram-se listadas na figura a seguir.

Figura 98. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Apiterapia; Aromaterapia; Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Bioenergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Dança Circular; Geoterapia; Hipnoterapia; Homeopatia;	Imposição de mãos; Medicina tradicional Chinesa/Acupuntura; Medicina Antroposófica; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia;	Ozonioterapia; Plantas Medicinais/ Fitoterapia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária; Termalismo Social/ Crenoterapia; Terapia de Florais; Yoga;
--	--	--

Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas>. Acesso em: 21 jun. 2021.



SAIBA MAIS!

Conheça cada uma das PICS presentes no SUS acessando o portal do Ministério da Saúde, [aqui](#).



Nesse contexto, considerando a APS/AB e os serviços de média e alta complexidade, existem atualmente 9.350 estabelecimentos de saúde no país ofertando atendimentos individuais e coletivos em PICS nos municípios brasileiros, compondo 8.239 estabelecimentos somente na Atenção Básica que ofertam PICS, distribuídos em 3.173 municípios.



PARA IR ALÉM!

As PICS estão presentes em quase 54% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras. Sendo a distribuição dos serviços de PICS, por nível de complexidade, conforme apresentado a seguir:

- Atenção básica (baixa complexidade) = 78%;
- Atenção secundária (média complexidade) = 18%;
- Atenção terciária (alta complexidade) = 4%.



E NO TOCANTINS?

O estado do Tocantins tem registrado alguns movimentos em direção à implantação e fortalecimento da PNPIC, entre eles a implantação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, através da instituição do projeto Farmácia Viva, na capital do estado, Palmas.

Figura 99. Representação do uso de plantas medicinais:
uma das PICS mais conhecidas



Fonte: Foto dos autores e Pixabay.

Além disso, as PICS disponíveis no SUS também são ofertadas à população do Tocantins. No estado, as práticas de Medicina Tradicional Chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, auriculoterapia, massoterapia e acupuntura são oferecidas na APS/AB para o tratamento de usuários do SUS, em 68 municípios.

Além destas, a arteterapia, meditação e quiropraxia são algumas das práticas que também são oferecidas a pacientes atendidos na APS/AB do estado.



SAIBA MAIS!

Para entender melhor sobre a utilização das PICS no tratamento de pacientes do SUS no Tocantins, [**acesse aqui.**](#)



Tendo em vista que as PICS são reconhecidas como uma importante ferramenta para a prevenção, controle e tratamento de condições crônicas de saúde, no Brasil, já existem algumas evidências que apontam os benefícios do tratamento integrado entre a medicina convencional e as PICS. No quadro a seguir, observe alguns resultados positivos relacionados à utilização das PICS em pessoas com obesidade.

Quadro 11. Relação das PICS com seus benefícios na obesidade e agravos associados

PICS	Resultados positivos PICS relacionados
ACUPUNTURA	Redução de níveis de glicemia pós-prandial, peso corporal, IMC e circunferência abdominal, redução de ansiedade, estresse e depressão, redução dos níveis pressóricos.
YOGA	Redução da ansiedade, do peso corporal e, conseqüentemente, do IMC, redução dos níveis pressóricos em usuários com diagnóstico de HAS.
TERAPIA FLORAL	Redução de sintomas ansiosos, melhoria da qualidade do sono e redução de sintomas compulsivos em indivíduos com sobrepeso ou obesidade.
AURICULOTERAPIA	Redução no grau de obesidade, perímetro abdominal (PA) e intensidade do apetite.
REFLEXOLOGIA PODAL	Melhora da qualidade do sono, melhora do estresse, das dores no corpo, ansiedade, inchaço em pés e pernas e insônia.
REIKI	Melhora na ansiedade, inchaço em pés e pernas e insônia, dores, estresse, aumento das células de defesa e diminuição dos níveis pressóricos.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de MUNHOZ, 2020; VILAÇA, 2020; PANCIERI, 2018; ORNELA, 2016; SILVA, 2018; FUSCO, 2018.



PARA IR ALÉM!

No que diz respeito ao uso de PICS no tratamento da obesidade, observa-se, por exemplo, resposta com relação à perda de peso, redução de IMC e circunferência abdominal com 10 sessões de acupuntura, aliadas à atividade física e reeducação alimentar.

Entretanto, os resultados da acupuntura não estão associados somente na redução do peso, mas também na melhora da qualidade de vida dos pacientes com obesidade, por meio do controle da ansiedade, tensão emocional e autoestima, além de aumentar a motivação, visto que são aspectos que tendem a interferir no comportamento alimentar dos indivíduos e em seu modo de vida como um todo.

Verificamos, assim, que os estudos têm apontado os efeitos benéficos das PICS, as quais já são regulamentadas por uma política nacional, mas ainda pouco conhecidas entre profissionais de saúde e gestores. Este fato destaca a necessidade de reconhecimento e aceitação das PICS por parte dos mesmos, ampliando a sensibilização sobre os benefícios dessas terapias para a saúde dos usuários.

Dessa forma, a utilização das PICS pode favorecer o cuidado integral à pessoa com obesidade na APS/AB, uma vez que elas podem ser importantes aliadas na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, sendo utilizadas como recursos terapêuticos para sujeitos e coletividades, em demandas agendadas e espontâneas ou, ainda, como ferramenta de cuidado em PTS, entre outras possibilidades.

ESTRATÉGIAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Considerando o cenário epidemiológico e a multicausalidade da obesidade, desenvolver ações que promovam escolhas alimentares adequadas e saudáveis para indivíduos e comunidade compete a todos os profissionais de saúde.

Com a construção compartilhada de conhecimentos, o trabalho que envolve várias categorias profissionais contribui para a efetividade das ações de alimentação e nutrição. No entanto, entre as estratégias existentes, a restrição alimentar é comumente utilizada para controle de peso e tratamento da obesidade.



VAMOS REFLETIR?

Você, profissional de saúde, já fez alguma dieta restritiva com objetivo de perder peso? Se sim, você conseguiu manter essa perda durante um longo período?

Estudos mostram que restringir a ingestão alimentar de um indivíduo pode ocasionar a perda de controle sobre a alimentação e, muitas vezes, do desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, dietas restritivas não são sustentáveis, pois não consideram necessidades individuais, modos de vida e hábitos culturais.

Por isso, o tratamento da obesidade deve considerar tanto as motivações psicológicas para o ato de comer quanto os processos fisiológicos dos indivíduos, de modo que as intervenções alimentares proponham mudanças gradativas e factíveis, considerando diferentes

percepções e motivações, a fim de estabelecer práticas relacionadas a escolhas de alimentos saudáveis, atrativos e que considerem a realidade e a cultura alimentar.



PARA IR ALÉM!

As estratégias e ações relacionadas à alimentação e nutrição podem ser pautadas nos Guias Alimentares, já que esses materiais consideram o contexto e a diversidade da população brasileira. Eles foram abordados na UT3!

Assim, as ações de alimentação e nutrição na APS/AB podem ser organizadas por:

- **Níveis de intervenção:** gestão das ações e cuidado nutricional, envolvendo promoção da saúde, diagnóstico, prevenção de doenças e tratamento/cuidado/assistência;
- **Sujeito das ações:** indivíduo, família e comunidade (Figura 100);
- **Caráter das ações:** universais (população em geral) e específicas (para cada ciclo de vida ou público-alvo específico).

Figura 100. Representação de ação realizada na comunidade



Fonte: Foto dos autores.

Nesse contexto, no Quadro 12 consideramos as ações destinadas à assistência a pessoas com excesso de peso e obesidade, envolvendo todos os sujeitos (indivíduo, família e comunidade).

Quadro 12. Ações universais de alimentação e nutrição em nível de assistência à obesidade na APS/AB

INDIVÍDUO
<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento da evolução nutricional com registro;• Atendimento nutricional individual;• Planejamento alimentar considerando o consumo alimentar, particularidades e cultura alimentar;• Solicitação de exames complementares conforme necessidade;• Definição dos procedimentos complementares;• Referência dos usuários a outros pontos de atenção à saúde;• Avaliação da adesão do usuário a mudanças alimentares.
FAMÍLIA
<ul style="list-style-type: none">• Orientações relacionadas à alimentação, considerando hábitos, cultura alimentar e fatores socioeconômicos da família;• Monitoramento e encaminhamento de familiares com excesso de peso e obesidade;• Orientação para apoio à adesão ao tratamento;• Intensificar vigilância em casos complexos.
COMUNIDADE
<ul style="list-style-type: none">• Incentivo para inclusão de alimentos saudáveis regionais;• Estímulo da participação da comunidade nos conselhos de controle social;• Busca ativa de casos que apresentam maior vulnerabilidade nutricional;• Fortalecimento de estratégias locais de Segurança Alimentar e Nutricional;• Orientação da rede de apoio e ambiente social para acolhimento das pessoas com obesidade.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2009.



VAMOS RELEMBRAR!

Os marcadores de consumo alimentar do SISVAN apresentados por ciclos de vida, abordados na UT4, podem ser utilizados por todos os profissionais na formação de condutas e estratégias de alimentação e nutrição.

Ao considerar as ações e estratégias, uma das garantias do sucesso e adesão ao tratamento são as mudanças alimentares sustentáveis, aquelas permanentes e que se tornam um estilo de vida. Assim, como foi abordado durante todas as UTs anteriores, a obesidade é uma condição que precisa de um olhar amplo e interprofissional para a garantia do cuidado integral à saúde do indivíduo, cujo tratamento visa alcançar os seguintes resultados, apresentados na Figura 101.



SAIBA MAIS!

Para conhecer mais sobre estratégias voltadas à alimentação e nutrição, acesse o material: **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde.**



Figura 101. Resultados almejados no tratamento da obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

SUGESTÃO DE ANAMNESE INTERPROFISSIONAL PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE NA APS/AB

Considerando todos os aspectos mencionados nas UTs 4 e 5, relacionados ao enfrentamento e controle da obesidade, a seguir sugerimos alguns tópicos que podem ser incluídos no seu roteiro de anamnese, de forma a contemplar a multicausalidade da obesidade e os diversos determinantes que influenciam nos modos de vida e adoecimento das pessoas.

Os tópicos abordados na anamnese podem ser utilizados por toda a equipe da APS/AB, a fim de proporcionar uma avaliação mais abrangente e consequentemente um cuidado integral aos sujeitos com obesidade.

Dessa forma, o roteiro sugerido foi organizado em cinco eixos: identificação do paciente, histórico de saúde, avaliação das vulnerabilidades no tratamento da obesidade, marcadores de consumo alimentar e avaliação antropométrica.

ROTEIRO DE ANAMNESE INTERPROFISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome;
Sexo;
Data de nascimento;
Idade;
Ocupação;
Escolaridade;
Renda mensal;
Estado civil;
Tipo de moradia;
Religião;
Participação em grupos sociais.

HISTÓRICO DE SAÚDE

Motivo da consulta;
Presença de deficiências físicas;
Presença de alergias/intolerâncias alimentares;
Antecedentes familiares;
Uso de medicamentos/suplementos;
Consumo de bebidas alcoólicas;
Tabagismo;
Hábito intestinal;
Prática de atividade física;
Hábito de sono;
Vacinação;
Testes rápidos.

AVALIAÇÃO DAS VULNERABILIDADES NO TRATAMENTO DA OBESIDADE

- Você acha que precisa melhorar a sua saúde? Se sim, em que?
- Você consegue descrever, em uma linha do tempo, o seu estado de saúde/presença de doenças (considerando condições físicas, psicológicas, sociais)?
- Você se considera uma pessoa com obesidade?
- Você já recebeu o diagnóstico de obesidade por algum profissional? Se sim, como se sentiu?
- Você realiza/realizou alguma estratégia focada no tratamento da obesidade? Qual foi o seu objetivo? (perder peso ou melhorar o estado de saúde geral)?
- Foi com acompanhamento profissional? Se sim, qual?
- Esse tratamento foi interrompido? Caso tenha sido, você sabe dizer por que não se sentiu motivado a continuá-lo?
- Foi/está sendo possível realizar as orientações dos profissionais de saúde na sua rotina (considerando as condições física e financeira, como também o ambiente alimentar e os DSS)?
- O que você identifica na sua rotina que facilita e que dificulta a adoção de um modo de vida saudável?
- Você se sente motivado a realizar o tratamento da obesidade?
- Como você percebe a sua alimentação?

ROTEIRO DE ANAMNESE INTERPROFISSIONAL

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR (A PARTIR DE 2 ANOS)

Distrações durante a refeição (TV/celular/computador);
Número de refeições realizadas ao longo do dia:
Desjejum;
Colação;
Lanche;
Jantar;
Ceia;
Consumo alimentar no dia anterior:
Feijão;
Frutas frescas (exceto sucos);
Verduras e legumes (exceto mandioca, batata, cará e inhame);
Hambúrguer/embutidos;
Bebidas açucaradas (suco/refrigerante);
Biscoito recheado/doces/guloseimas;
Macarrão instantâneo/salgados/biscoitos de pacote;

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso;
Altura;
Índice de Massa Corporal (IMC);
Perímetro da Cintura;
Relação Cintura Estatura (RCE).

Vale ressaltar que nem todas as perguntas precisam ser feitas no primeiro atendimento, podendo separá-las conforme a necessidade e andamento da consulta. Além disso, por meio do registro de tais informações no prontuário do paciente, é possível que os demais profissionais possam complementar as informações da anamnese sem a necessidade de reaplicá-la por completo, a depender do prazo que as informações foram coletadas.

Por fim, não é necessário utilizar um roteiro exclusivamente para o paciente com obesidade, mas é importante analisar quais aspectos presentes nesse roteiro que você ainda não observa na sua rotina de serviço, para então complementar o roteiro que já utiliza.

RESOLUÇÕES QUE ORIENTAM A CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA E SUAS PARTICULARIDADES

Quando as mudanças de estilo de vida não são suficientes para o controle da obesidade e o tratamento clínico falha, a Cirurgia Bariátrica e Metabólica (CBM) pode ser um recurso a ser utilizado para melhorar a qualidade de vida de pessoas com obesidade e, conseqüentemente, reduzir os índices de mortalidade dessa população.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

As CBMs, também conhecidas por cirurgias para obesidade mórbida ou cirurgias bariátricas, são um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de dispositivos externos no sistema gástrico intestinal, voltadas para a redução do peso corporal e o tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade (BRASIL, 2013).

Salienta-se que a indicação da CBM deve ser extremamente criteriosa, e todo o seu processo deve seguir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme as indicações e contra-indicações para a realização do procedimento, apresentadas no Quadro 13.

Quadro 13. Critérios de encaminhamento e contraindicações para a cirurgia bariátrica

CIRURGIA BARIÁTRICA	
Critérios de encaminhamento	Contraindicações
IMC \geq 50 kg/m ² ;	Limitação intelectual e sem suporte familiar adequado;
IMC \geq 40 kg/m ² , sem sucesso com o tratamento convencional por pelo menos dois anos;	Transtorno psiquiátrico não controlado;
IMC \geq 35 kg/m ² , com comorbidades mais severas ou descompensadas (alto risco cardiovascular, DM, HAS, apneia do sono, doenças articulares) sem melhora com tratamento clínico convencional por pelo menos dois anos.	Doença cardíaca ou pulmonar grave e descompensada;
	Hipertensão portal com varizes esofágicas;
	Risco de sangramento digestivo;
	Síndrome de Cushing por hiperplasia suprarrenal não tratada;
	Tumores endócrinos.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

Diante desse contexto de enfrentamento da obesidade, quando há indicação de CBM, destaca-se ainda que existem situações especiais que exigem maior atenção, como:

- jovens entre 16 e 18 anos: não devem ser submetidos a esse procedimento se ainda estiverem em fase de crescimento;
- idosos com idade superior a 65 anos: deve-se avaliar o risco cirúrgico, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre a regulamentação da cirurgia bariátrica no SUS, **acesse aqui** a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013.



Tendo em vista que a APS/AB é a ordenadora do cuidado e responsável por articular com as equipes da AE (componente ambulatorial e/ou hospitalar), torna-se indispensável o acolhimento e acompanhamento do paciente com indicação de CBM, pela equipe interprofissional da APS/AB, a fim de promover a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

No entanto, caso o seu município não possua equipe de AE, pode-se utilizar a teleconsultoria como uma estratégia para manter o contato entre as equipes e acompanhar a evolução dos casos. Desta forma, a APS/AB se mantém como responsável pelo cuidado do paciente.

Considerando a elevada procura para realizações de CBM, a APS/AB tem papel fundamental na sensibilização dos indivíduos e seus familiares sobre os riscos e complicações causados por esses procedimentos, oferecendo apoio do pré ao pós-operatório.

Ademais, evidencia-se que a CBM deve ser apenas parte de um tratamento integral, de modo que a alimentação saudável, prática de exercícios físicos e outras mudanças no estilo de vida devem ser contínuas, para que o tratamento alcance os resultados almejados, conforme o esquema a seguir.

Figura 102. Fatores que contribuem para o sucesso do tratamento da obesidade com realização da CBM



Fonte: Autoria própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

Por fim, ressalta-se a importância do acompanhamento psicológico, dentro da equipe interprofissional, para auxiliar o paciente a se adaptar às mudanças psicofísicas e sociais, compreendendo a necessidade do autocuidado e empoderando-se de seu novo modo de vida, oriundos do procedimento cirúrgico.



SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre cirurgia bariátrica e outros assuntos relacionados à obesidade acesse às Diretrizes Brasileiras de Obesidade, [aqui](#).





ESTUDO DE CASO

(UT05_EC01) Na Unidade de Saúde Raio de Sol, a paciente Maria do Socorro, de 39 anos, buscou uma consulta para o tratamento da diabetes e obesidade. Na triagem, foi feita aferição da pressão (14/9 mm/Hg), glicemia (250 mg/l), peso (95 kg), altura (1,62 m) e PC (110 cm). Após a triagem, foi encaminhada para o enfermeiro Lucas e apresentou as seguintes queixas:

- *Estou sentindo cansaço intenso e glicemia lá em cima, doutor! Eu acho que é de estresse, sabe, estou com muito trabalho, tentei fazer uma dieta que me deixou com a glicemia desregulada mês passado e de lá pra cá já ganhei 5 kg! Não quero mais viver essa vida de dieta e de remédio! Até vi uma famosa na internet que era mais gorda do que eu, que fez a cirurgia pelo SUS para parar de comer e hoje tá com corpinho que eu tinha antes de engravidar. Ela até disse que não tem mais diabetes e nem hipertensão, doutor! Será que tem como me ajudar pra eu conseguir fazer essa cirurgia também?*

A partir desse relato e considerando as informações apreendidas da UT4, realize a avaliação nutricional dessa paciente e faça a evolução, em formato SOAP, com orientações que indique a forma de tratamento inicial, e justificando se há indicação para realização da cirurgia bariátrica. Elabore a atividade no modelo disponibilizado e compartilhe no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

CONCLUSÃO

Nesta Unidade foi possível identificar a importância da abordagem interprofissional para gestão do cuidado no tratamento da obesidade, em especial, com fortalecimento do papel dos profissionais em identificar barreiras para o autocuidado, fazendo uso de diferentes estratégias para o alcance do estágio de modificação no modo de vida dos usuários, para que os mesmos possam superar o quadro de obesidade. Assim, seja em abordagens individuais ou coletivas, ressaltamos que não existe uma única forma de tratamento para obesidade, sendo importante primar pelo atendimento humanizado e pelo fortalecimento da APS/AB como ordenadora do cuidado. Devemos, portanto, analisar o contexto em que as pessoas estão inseridas, no conjunto de suas relações, bem como no seu território, para que possam ser adotadas as melhores estratégias para o enfrentamento da obesidade.



ESTUDO DE CASO – Parte 5

(UT05_EC02) Com a desistência de muitos participantes do grupo e a elevada demanda de atendimentos na UBS, os profissionais decidiram realizar um encontro *on-line* para encerramento das atividades. Com isso, somente duas participantes estavam presentes, Joana e Maria. Nesse último encontro, para finalizar a troca de experiência entre as participantes, elas foram estimuladas a refletir e debater sobre as possíveis falhas no tratamento e fatores que levavam as pessoas a desistirem no meio do caminho. Joana logo expressou a sua visão:

- *Eu acho que o tratamento da obesidade não pode visar só a perda de peso, é uma questão que vai além, sabe? É preciso cuidar da saúde mental, ler um livro, passear... Estar bem psicologicamente. Quando eu não estou bem ou fico muito ansiosa com alguma questão, eu como muito e então quebra toda a dieta. É uma luta grande. Eu perco dois quilos e quando vejo ganhei o dobro, muito rápido. Vivo no efeito sanfona a vida toda. Emagreço, mas logo depois quando não sigo a dieta e paro com a atividade física, engordo mais do que antes. O profissional tem que ajudar também, motivar o paciente, se a gente não estiver motivado e se sentir acolhido, a gente desanima e acaba desistindo.*

Maria concordou e acrescentou:

- *Aqueles tratamentos muito radicais também são difíceis, eu cheguei a pagar uma consulta e acabei saindo de lá com vários remédios pra emagrecer, além de uma dieta onde eu não podia comer nada e o que podia ainda era caro, não conseguia comprar. Além*

da obesidade, tem gente que ainda tem hipertensão, diabetes, problemas cardíacos... Só remédio não resolve, a gente acaba tentando todo tipo de dieta maluca e, no fim, não dá resultado e acaba cansando. Eu sei que deveria me esforçar mais, que o profissional faz a parte dele e eu tenho que fazer a minha. Fechar a boca mesmo e ser ativa.

- *Depois que eu comecei a fazer auriculoterapia com a fisioterapeuta Lourdes, melhorei bastante. Minhas dores de cabeça diminuíram e fico menos ansiosa. Não fico sem, sempre venho aqui – disse Joana.*

Lourdes, a fisioterapeuta, então, complementou sugerindo as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) que a UBS oferece e que poderiam auxiliar nas queixas que elas traziam, como a auriculoterapia, acupuntura e o uso de plantas medicinais. Com a finalização do grupo, as participantes foram encaminhadas para atendimentos individuais de acordo com cada demanda.

Considerando os relatos acima, quais são as possíveis falhas na abordagem? E quais fatores levam as pessoas a desistirem do tratamento no seu território de saúde, observando a sua atuação e da equipe como um todo? Elabore um mapa mental no Canva, a partir do modelo disponibilizado, e compartilhe no ambiente virtual de aprendizagem, em formato PDF.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFERÊNCIAS

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

BRASIL. *Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 429, 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: 4 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *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. *Portaria nº 702, de 21 de março de 2018*. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 849, de 27 de março de 2017*. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006*. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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. 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. *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. *Núcleo de apoio à saúde da família volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas corporais, atividade física e lazer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CASTILHO, M. M. *et al.* Efeitos de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade no ambiente aquático em adultos com obesidade severa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e12910111636, 2021.

FIGUEIREDO, A. T. T. *et al.* Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 18, n. 64, 2020.

FUSCO, S. F. B. *Efetividade da terapia floral na ansiedade de adultos com sobrepeso ou obesidade: ensaio clínico randomizado e controlado*. 2018. 79 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2018.

MOURA, A. L. S. P.; RECINE, E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. *Revista de Nutrição*, v. 32, 2019.

MUNHOZ, O. L. *et al.* Práticas integrativas e complementares para promoção e recuperação da saúde. *Revista Recien*, v. 10, n. 30, 2020.

ORNELA, R. G.; OBA, M. V.; KINOUCI, F. L. Acupuntura no tratamento da obesidade. *J Health Sci Inst.*, v. 34, n. 1, p. 17-23, 2016.

PALMAS. Portaria conjunta INST SEMUS/FESP nº 8, de 05 de abril de 2018. Institui o Projeto de implantação da Farmácia Viva no âmbito da gestão municipal do SUS de Palmas-TO, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Palmas*. Palmas, TO, de 10 de abril, 2018. p. 19-20.

PANCIERI, A. P. *Terapia floral: significado da participação em pesquisa clínica para ansiosos com sobrepeso ou obesidade*. 2018. 60 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2018.

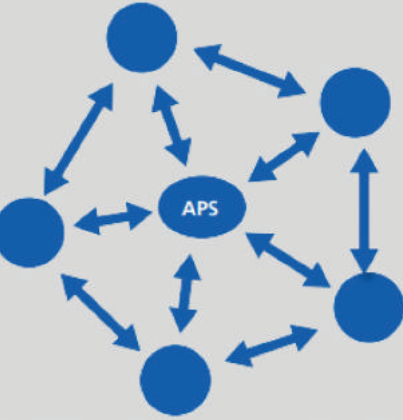
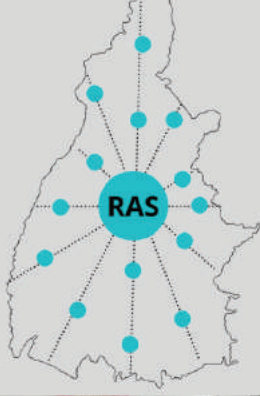
RECINE, E.; LEÃO, M.; CARVALHO, M. F. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. 3. ed. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

SILVA, C. T. *et al.* Estratégias de enfrentamento e autoeficácia em mulheres com sobrepeso e obesidade em tratamento nutricional. *Psicogente*, v. 23, n. 43, 2020.

SILVA, I. S.; DACAL, M. P. O. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde Debate*, v. 42, n. 118, 2018.

TOCANTINS. Secretaria do Estado de Saúde do Tocantins. *Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior: 1º Quadrimestre de 2018*. 1ª ed. Palmas, 2018.

VILAÇA, S. P. O.; COUTINHO, D. J. G. Auriculoterapia no tratamento da obesidade na atenção básica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- Criciúma*, v. 6, n. 8, 2020.



Fonte: World Obesity Federation, Mendes (2012); Autor (2017); Elaboração própria (2021).

UNIDADE TEMÁTICA 6

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

**Integrando os pontos da Rede de Atenção
à Saúde no cuidado da obesidade.**

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante

TEMÁTICA GERADORA

Integrando os pontos da Rede de Atenção à Saúde
no cuidado da obesidade.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

Graziela Ramirez de Figueiredo

Lisandra Lustoza Ferro

Heryka Araújo Cavalcante



PERGUNTA PROBLEMATIZADORA

De que forma podemos conduzir o cuidado dos indivíduos com obesidade na APS/AB e nos demais pontos da RAS?

Após compreender, separadamente, o que consiste a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento da obesidade, o foco desta UT é que você entenda como esses pontos se interligam, a fim de promover uma organização do cuidado às pessoas com obesidade.

Nesse sentido, o desafio maior é superar o modelo biomédico, que limita o indivíduo somente à doença, organizando o cuidado de forma

fragmentada e centrado no atendimento à demanda espontânea, de modo que os pontos de atenção atuam isoladamente e sem comunicação.

No entanto, esse modelo de atenção não é resolutivo para atender às necessidades atuais da população, principalmente no que se refere às condições crônicas, entre elas a obesidade. Diante disso, observa-se a urgência em reorganizar os serviços de saúde, integrando-os, a fim de formar uma rede coordenada de pontos de atenção, denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, a organização dos serviços de saúde se faz necessária frente à crescente prevalência da obesidade, para atender a essa demanda de forma ordenada e qualificada, sendo preconizado que a atenção a esses indivíduos esteja sistematizada entre os pontos da RAS, a fim de garantir a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ofertado. Dessa forma, todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS, diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas, cujo centro de comunicação e coordenação de todo cuidado é a APS/AB.

Esta Unidade Temática contribuirá para o desenvolvimento das seguintes habilidades:

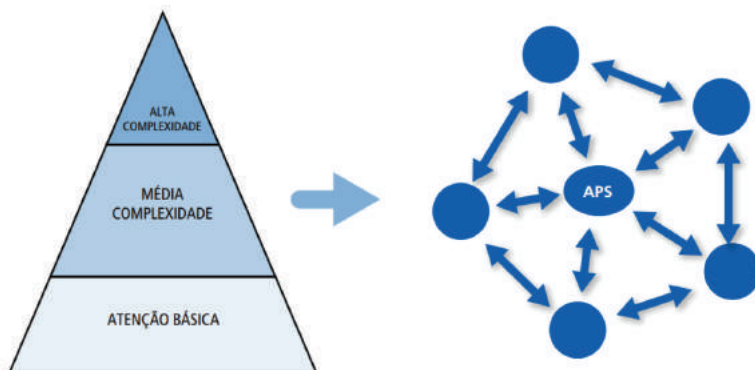
- reconhecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e seu papel na garantia da longitudinalidade do cuidado aos indivíduos com obesidade;
- sistematizar o manejo da obesidade a ser realizado na Atenção Primária à Saúde, por meio de estratégias efetivas, no âmbito individual, familiar e coletivo adequadas ao território.

O PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

A partir das transformações das condições de saúde no Brasil, com aumento da prevalência das condições crônicas e seus fatores de risco, como a obesidade, iniciou-se o processo de estruturação do modelo organizativo da atenção à saúde que respondesse às condições de saúde da população conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, coerente com esses quesitos, foi produzida uma nova forma de organização do sistema de atenção à saúde, visto que o modelo biomédico não consegue abarcar as necessidades da população, em especial relacionado às doenças crônicas (Figura 103).

Figura 103. Mudança na organização do sistema de atenção à saúde



Fonte: MENDES, E. V., 2012.

Entre as características que dificultam promover o cuidado integral no modelo biomédico é possível ressaltar a fragmentação do cuidado em serviços de saúde isolados, que possuem hierarquia de grau de importância, conforme a complexidade do serviço e as ações focadas nas doenças.

Assim, criou-se o modelo de saúde com os serviços integrados, a chamada RAS, que pode ser sintetizada como:



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Neste sentido, a RAS é uma estratégia que visa superar a atenção e gestão da saúde realizadas de forma fragmentada, a fim de aperfeiçoar o funcionamento do SUS e assegurar o cuidado integral.

Esses arranjos possuem como característica a organização poliárquica, sendo coordenado pela APS/AB, cujo modelo de saúde integra diferentes pontos da atenção, sendo os usuários corresponsáveis pela própria saúde, de modo a exercer o autocuidado apoiado.



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A **organização poliárquica** se caracteriza por uma organização sem hierarquia dos serviços de saúde, sob uma forma de rede horizontal, em que todos os pontos são igualmente importantes para cumprir os objetivos do SUS.

As diferenças entre os pontos são o quantitativo de equipamentos e tecnologias que possuem, chamada de densidade tecnológica. Assim, a APS/AB possui densidade tecnológica menor, quando comparada à atenção secundária (densidade intermediária) e terciária (maior densidade tecnológica) (BRASIL, 2010).

Acerca da estrutura operacional da RAS, é possível observar entre seus componentes:

- a APS/AB como centro da comunicação;
- os sistemas de apoio, como os sistemas de informação;
- os sistemas logísticos, como a identificação dos usuários;
- o sistema de governança;
- E, a Atenção Especializada (AE), composta pelos componentes ambulatorial (atenção secundária) e hospitalar (atenção terciária).

Como exemplo, na Figura 104 é possível observar alguns dos pontos que compõem a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Ressalta-se que nessa imagem é possível identificar o papel central da APS/AB e a distribuição dos pontos formando uma rede.

Figura 104. Pontos que compõem a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.



Fonte: UNASUS, 2021. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10189/mod_resource/content/1/un03/top03p04.html. Acesso em: 16 jun. 2021.



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: a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que apresenta as diretrizes da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas.



Outros pontos podem compor essa rede conforme a realidade local e/ou regional, ou ainda podem existir equipamentos sociais que auxiliem na promoção do cuidado integral.



PARA IR ALÉM!

Podemos identificar as instituições de ensino superior como apoiadoras que possuem o papel de formação de profissionais da saúde e de produção científica, com pesquisas e projetos voltados para a atenção e promoção da saúde.

Nesse contexto, ressaltamos a Universidade Federal do Tocantins (UFT), que atua como apoiadora no cuidado integral às pessoas com obesidade, em iniciativas como o Projeto ECOA-SUS/TO e o Ambulatório de Bariátrica (AMBBAR).



SAIBA MAIS!

O AMBBAR é um projeto de extensão que presta atendimento nutricional de qualidade especificamente aos pacientes de pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

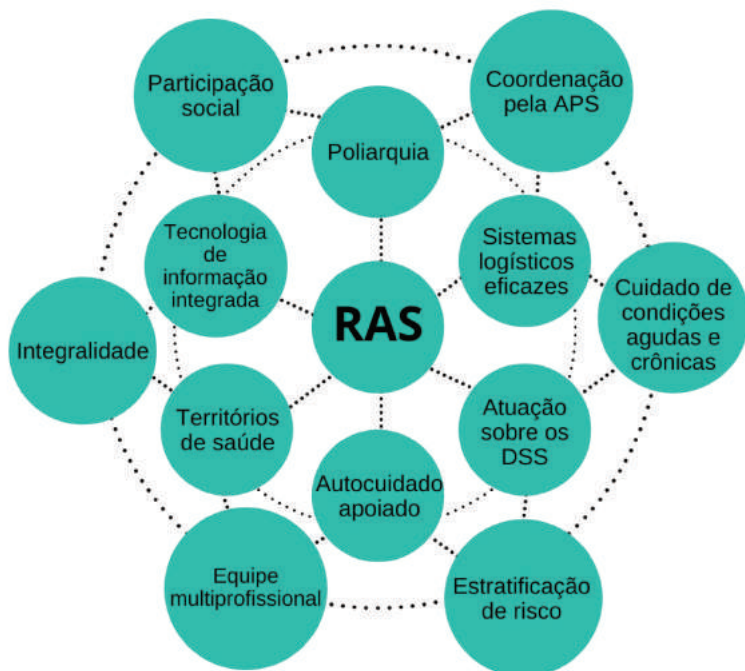
A equipe é composta por alunos e professores do Curso de Nutrição da UFT, além de Nutricionistas parceiros.

Clique aqui e confira.



Além das características da RAS citadas, é necessário conhecer outras que compõem esse modelo de atenção, apresentadas na Figura 105.

Figura 105. Características das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de MENDES, 2011.

Desse modo, fundamentado no objetivo, nos componentes e nas características da RAS e almejando a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde iniciou a implementação das estratégias chamadas de Linhas de Cuidado. Essas Linhas de Cuidado podem ser conceituadas como:

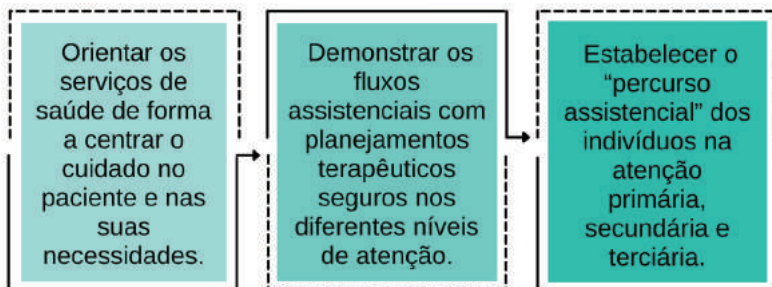


CONCEITOS E DEFINIÇÕES

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).

É importante ressaltar que a organização dessas linhas de cuidado deve estar em consonância com a realidade de cada região de saúde, seguindo as orientações do Ministério da Saúde e de outras fontes confiáveis para a organização da atenção à saúde, pautada na prática de cuidado humanizado, de forma a abranger os objetivos das Linhas de Cuidado (Figura 106).

Figura 106. Objetivos das Linhas de Cuidado



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2021.



VAMOS REFLETIR?

Acerca da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, o que você sabe sobre ela?

Em relação à necessidade de implementação da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO), foi publicada uma portaria em 2013, pelo Ministério da Saúde, redefinindo as diretrizes para a organização, prevenção e tratamento desses agravos como linha de cuidado prioritária na RAS às pessoas com doenças crônicas.



SAIBA MAIS!

Acesse a **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas.



Dentre as diretrizes da LCSO, destaca-se o diagnóstico nutricional e a estratificação de risco da população de acordo com o estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Ainda, prevê a organização da oferta integral de cuidados na RAS, com comunicação entre diferentes pontos, a partir da utilização de sistemas de informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços.

Outro ponto importante sobre as diretrizes é a execução da investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade do território ou da região de saúde, fundamental na articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde e formação dos profissionais para prevenção, diagnóstico e tratamento, seguindo os princípios da PNPS.

Cabe ressaltar a relevância do financiamento adequado para essas ações, produzidas conforme as necessidades de saúde do usuário, salientando a importância da garantia da oferta de PICS na atenção ao sobrepeso e obesidade, conforme apresentado na UT5 deste curso. Assim, a proposta de LCSO deve abranger as práticas esquematizadas na Figura 107.

Figura 107. Ações da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO)



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2013.

A implantação e implementação da LCSO é de extrema importância não só para reverter o quadro da crescente prevalência da obesidade no país, mas também pelo impacto econômico gerado quando o foco está apenas na prevenção da obesidade.



PARA IR ALÉM!

Um estudo, em 2018, estimou que os gastos com diabetes, hipertensão e obesidade no SUS em hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos foram de R\$3,45 bilhões de reais.

Desse valor, somente à obesidade foi atribuído R\$371,6 milhões; montante que pode ser reduzido a partir do fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (NILSON *et al.*, 2020).



VAMOS PRATICAR?

(UT06_VP01) A partir do exposto sobre RAS e Linhas de Cuidado, quais pontos de atenção à saúde você observa em seu município? Identifique-os através da ferramenta *Mentimeter*, e dialogue com seu grupo sobre as principais diferenças encontradas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPONENTES GERAIS PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM OBESIDADE

Como pudemos ver até aqui, a APS/AB possui papel fundamental na LCSO, sendo um ponto de atenção que se destaca por se tratar da porta de entrada de todo usuário ao SUS e também por ser a coordenadora do cuidado nos diversos pontos da RAS.

Diante disso, reforça-se, como visto nas unidades temáticas anteriores, a importância de um olhar voltado para o sobrepeso e a obesidade por parte da equipe interprofissional presente na APS/AB. Saliencia-se que as equipes de saúde devem prever a oferta de diversas ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis, que permitam a manutenção ou a recuperação do peso adequado, contribuindo para o empoderamento individual sobre sua qualidade de vida e saúde, auxiliando no processo de autocuidado (Figura 108).

Figura 108. Realização de ação coletiva que apoiem os sujeitos na adoção de modos de vida saudáveis



Fonte: Foto dos autores.

Dessa forma, a organização dos fluxos e serviços, ofertados pelas unidades de saúde, precisa favorecer e atender tanto consultas programadas como também a demanda espontânea, voltadas para o sobrepeso e a obesidade.

Ainda, é necessário compreender alguns pontos importantes sobre a LCSO, para que a APS/AB desenvolva um trabalho que gere bons resultados e promova impactos positivos na realidade da população (Figura 109).

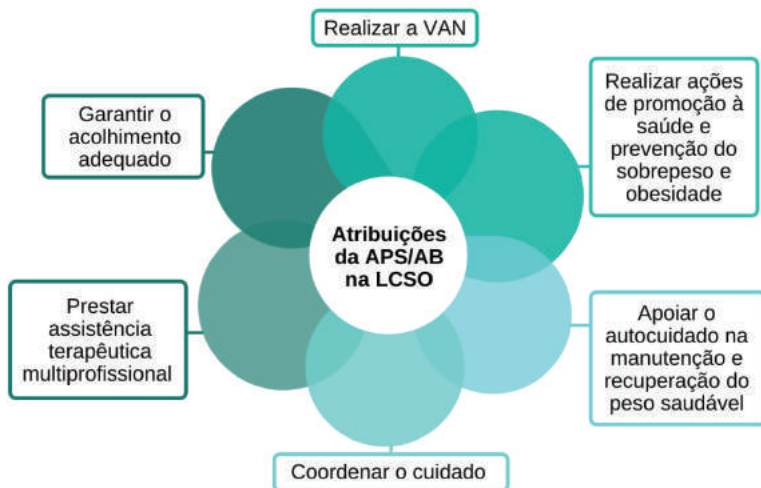
Figura 109. Pontos importantes sobre a LCSO para APS/AB



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014 e BRASIL, 2020.

Quando se entende que a LCSO não se resume apenas a consultas realizadas de forma individualizada por cada profissional da equipe, fica mais fácil compreender a importância da APS/AB na LCSO, além de suas atribuições nesse processo (Figura 110). Dessa forma, ressaltamos que se faz necessário um planejamento interprofissional, englobando todos os recursos disponíveis no território e integrantes da APS/AB.

Figura 110. Atribuições da APS/AB na Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2014 e BRASIL, 2020.

Como abordado nas UTs 4 e 5 deste curso, a VAN deve fazer parte das rotinas do dia a dia nos cuidados às demandas espontâneas e programadas nos atendimentos a todos os ciclos de vida, objetivando conhecer e avaliar o estado nutricional dos indivíduos, para traçar estratégias efetivas de melhoria da qualidade de vida dos usuários que apresentem sobrepeso e obesidade.

Desse modo, a coordenação do cuidado e a movimentação do usuário nos diversos pontos da RAS é de responsabilidade da APS/AB. Quanto ao contexto de sobrepeso e obesidade, faz-se necessário que o profissional inserido na APS/AB esteja capacitado para entender as necessidades dos pacientes e o momento necessário e oportuno para encaminhá-lo a outros pontos da RAS.

Lembrando que o excesso de peso é um agravo à saúde que pode influenciar no desenvolvimento de diversas doenças, no entanto, apesar da seriedade, não serão todos os casos que necessitarão de cuidados em outros pontos da RAS, sendo que em sua maioria podem e devem ter o quadro revertido na APS/AB.



SAIBA MAIS!

Acesse o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos, [aqui](#).



Por outro lado, alguns casos apresentarão um nível de complexidade maior e necessitarão de acompanhamento em outros pontos da rede. Assim, o paciente será referenciado para os pontos da RAS que correspondem à atenção secundária à medida que a equipe da APS/AB verificar essa necessidade após iniciar o tratamento.

Isso se deve porque alguns indivíduos precisarão ser atendidos por outras especialidades que não fazem parte da equipe básica de saúde, como, por exemplo, um endocrinologista (Figura 111).

Figura 111. Representação de atendimento realizado pela Atenção Especializada: componente ambulatorial



Fonte: World Obesity Federation.

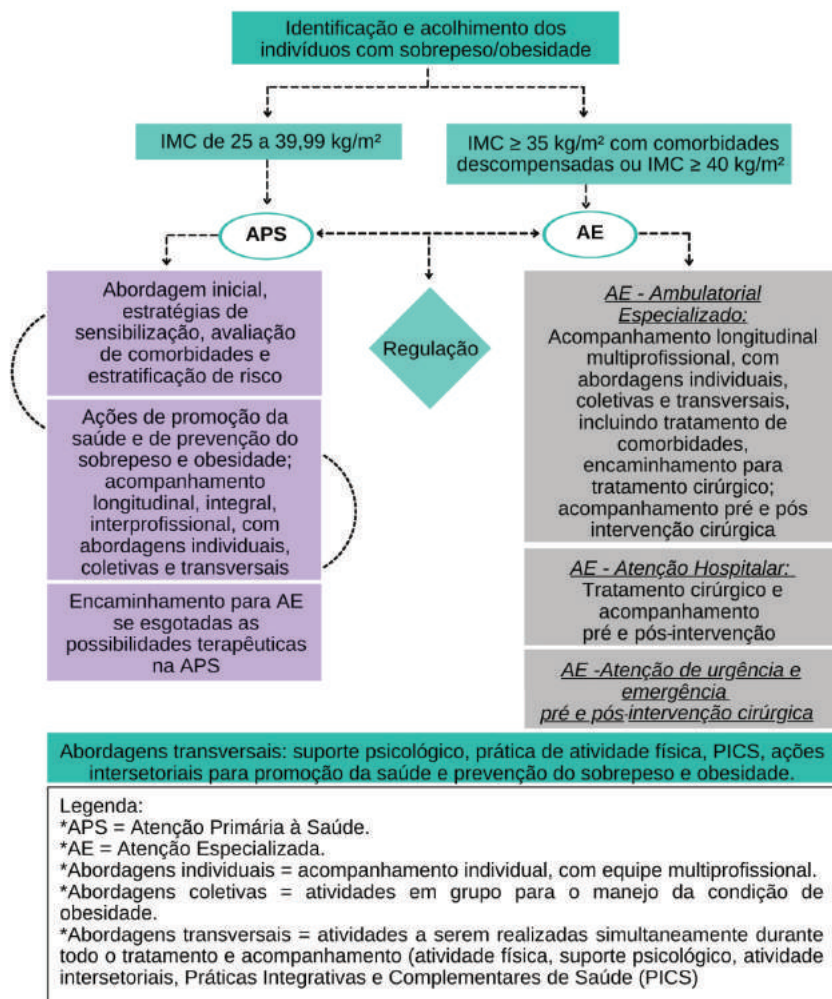


VAMOS REFLETIR?

Você sabe quando deve encaminhar o paciente para outros pontos da RAS? Venha com a gente e observe o percurso proposto no fluxograma apresentado.

Por meio da Figura 112, vamos compreender melhor como realizar os devidos encaminhamentos dos usuários com excesso de peso.

Figura 112. Fluxo de atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade no SUS



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

Logo, tendo em vista as necessidades de cada usuário para obtenção de um cuidado integral, esses casos serão encaminhados para a AE, onde terão um acompanhamento longitudinal, incluindo o tratamento de comorbidades e o acompanhamento pré e pós-cirúrgico, quando este for indicado (Quadro 14).

Quadro 14. 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: Elaboração própria. Adaptado de BRASIL, 2020.

Ressalta-se que quando encaminhado para os outros pontos da RAS, não obrigatoriamente o paciente irá realizar um procedimento cirúrgico, em alguns casos ele apenas necessita de cuidados que envolvam outras especialidades presentes na AE.

Nos casos com indicação cirúrgica, a alta complexidade que corresponde à Atenção Hospitalar é acionada e fica responsável pelo tratamento cirúrgico e acompanhamento interprofissional pré e pós-intervenção, podendo ser necessária a atenção de urgência e emergência no pré e/ou pós-operatório.

Apesar desse paciente ser encaminhado para a média e 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.

Em síntese, a APS/AB precisa estar capacitada para cuidar de forma efetiva dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Torna-se indispensável o profundo conhecimento dos fluxos da LCSO, para saber quando e para onde encaminhar esse usuário, se necessário, e quais os pontos de atenção estão disponíveis em seu município.



E NO TOCANTINS?

Você sabia que no Tocantins já existe um projeto de **Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO)**? Ele foi elaborado em 2015 e ainda se encontra em fase de implantação. Seu objetivo é que a LCSO seja implantada nas oito regiões de saúde do nosso estado, a fim de garantir uma atenção qualificada, resolutiva e humanizada à população tocantinense.

Além disso, no município de Palmas também foi desenvolvido o **Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade**. Ele foi construído numa perspectiva de promoção da saúde, de modo que ações foram planejadas de forma intersetorial, articulada e com corresponsabilização de todos os setores envolvidos na sua execução.

O Plano Municipal é constituído pelos seguintes eixos estratégicos:

- Eixo 1: Aumento da disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis;
- Eixo 2: Ações de educação, comunicação e informação;
- Eixo 3: Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos;
- Eixo 4: Vigilância alimentar e nutricional;
- Eixo 5: Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade;
- Eixo 6: Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.



SAIBA MAIS!

Para conhecer melhor a composição desses materiais, acesse na íntegra clicando nos *links* a seguir.

Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade.

Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade no Tocantins.



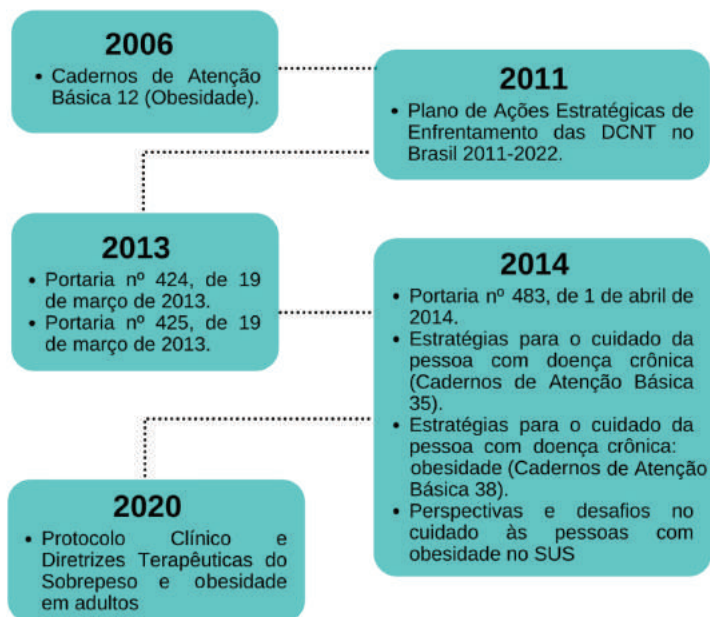


VAMOS REFLETIR?

No seu município existe um plano de prevenção e cuidado da obesidade?

A finalidade de seguir a LCSO é promover saúde e autonomia para esses indivíduos, favorecendo a melhoria na qualidade de vida, fundamentado nos materiais de organização do cuidado publicados pelo Ministério da Saúde (Figura 113) e por outros órgãos em nível nacional ou local, quando houver.

Figura 113. Linha do tempo composta pelos principais documentos que envolvem a organização do cuidado às pessoas com obesidade



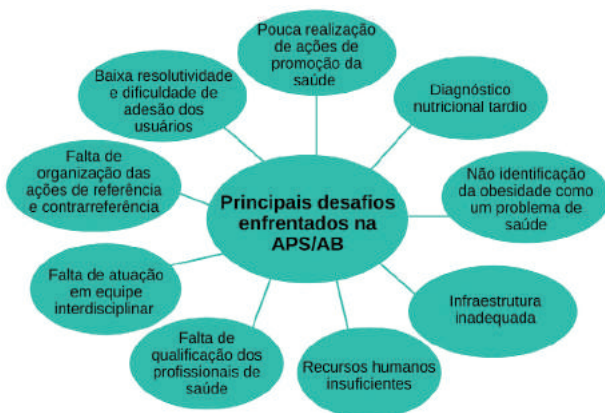
Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BURLANDY, L. *et al.*, 2020.

DESAFIOS E DIFICULDADES ENCONTRADOS NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM OBESIDADE

Diante do que abordamos até aqui, principalmente nesta UT, podemos notar que o grande desafio atual das equipes de saúde é organizar a RAS para as doenças crônicas, devido à complexidade, à necessidade de apoio interprofissional e ao protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade para o manejo adequado dessas condições.

Com o intuito de abordar especificamente sobre a assistência aos indivíduos com obesidade, podemos observar, através da Figura 114, os principais desafios encontrados pelos profissionais de saúde no que se refere à organização da atenção à saúde com foco na obesidade.

Figura 114. Principais desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais de saúde na organização do cuidado às pessoas com obesidade no âmbito da APS/AB



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BURLANDY, L. *et al.*, 2020 e BRASIL, 2014.

Dessa forma, quanto às práticas em saúde, estamos diante de uma realidade cuja assistência decorre de um diagnóstico nutricional tardio, ou seja, que não é feito de forma precoce (ainda na fase de sobrepeso), e alguns casos já sinalizam um quadro de obesidade avançada.

Isso pode ser reflexo tanto da falta de realização de VAN, que deveria constituir parte do serviço ofertado na APS/AB, como também devido à pouca realização de ações de promoção da saúde no território.

Além disso, devido à não identificação da obesidade como um problema de saúde, reforça-se na conduta profissional a perspectiva culpabilizadora que dificulta o acolhimento e tratamento do usuário, de modo que os indivíduos com obesidade, em geral, procuram os serviços de saúde por complicações relacionadas à obesidade, mais do que pela doença em si.

Tal abordagem demonstra o despreparo profissional para lidar com a complexidade da obesidade, visto que, para haver êxito nas ações e serviços ofertados, é necessário que haja profissionais qualificados em todos os pontos de atenção da RAS.

O foco precisa estar em atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde da população, especialmente no que se refere às demandas de sobrepeso e obesidade, mas para isso deve-se ressaltar a importância da realização de educação permanente (Figura 115).

Figura 115. Momentos de educação permanente realizados no município de Palmas com as equipes interprofissionais



Fonte: Foto dos autores.

Nesse sentido, o trabalho em equipe, realizado de forma interprofissional, faz-se necessário para responder à complexidade dos problemas enfrentados, como também para o bom funcionamento da RAS, visto que seu êxito depende do trabalho compartilhado entre os profissionais presentes nos diferentes pontos de atenção.

Por fim, vale ressaltar que também há desafios a serem enfrentados pela gestão do SUS, como a fragmentação do serviço, que interfere na constituição de uma rede de apoio integrada e articulada entre os níveis de atenção, na organização do fluxo do sistema e do atendimento intra e intersetorial.

Além disso, a falta de infraestrutura e equipamentos adequados compromete a qualidade do serviço ofertado, como:

- os espaços reduzidos para a realização das atividades;
- a ausência de rampas de acesso, portas largas e materiais adequados (cadeiras, macas, balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanômetro adequado, entre outros) para receber os usuários com obesidade;
- número insuficiente de profissionais da saúde.



VAMOS REFLETIR?

Diante de tantos desafios e dificuldades, o que podemos fazer para ofertar as ações necessárias para o cuidado integral e prevenção da obesidade?

Mesmo diante das dificuldades e desafios elencados, e outros que provavelmente você se recordou, devemos enfatizar que para alcançar resultados efetivos, no cuidado em saúde e, conseqüentemente, fortalecer a LCSO, é preciso inovar.

O intuito dessa inovação é reduzir a discrepância existente entre os serviços ofertados e as necessidades da população, principalmente no que se refere às demandas relacionadas às condições crônicas, entre elas a obesidade. Para isso, precisam ser introduzidas novas práticas, novos instrumentos, ou seja, novas maneiras de realizar a atenção à saúde de forma mais integrada, humanizada, eficiente e equitativa.

Cabe ressaltar que nesse processo a participação dos usuários é primordial e precisa ser incentivada durante as discussões e planejamentos realizados. Sabemos que a baixa adesão e falta de continuidade dos usuários é uma realidade que afeta o serviço, porém, para garantir a participação social e a longitudinalidade do cuidado, o usuário precisa estar próximo, ser e se sentir acolhido em todos os serviços de saúde (Figura 116).

Figura 116. Representação de ações realizadas na comunidade com participação social



Fonte: Foto dos autores.

Infelizmente, não há um instrutivo ou um passo a passo pronto para a realização de tais mudanças, visto que cada realidade apresenta suas peculiaridades e, além disso, todo processo de aprendizagem necessita da experiência vivenciada pelos sujeitos envolvidos para ser efetivo.

Por isso, esperamos que a partir do conhecimento de outros relatos de experiências possamos incentivá-los, enquanto profissionais e equipes de saúde, a desenvolver novas ações que possam atender o cuidado dos pacientes com obesidade, de forma que se sintam acolhidos e se corresponsabilizem pelo seu processo de saúde. Confira o box a seguir.



PARA IR ALÉM!

Relato de experiências no manejo da obesidade na APS/AB.

- “Grupo Saúde em Movimento”: desenvolvido no município de Braga/RS, em um espaço próprio, cedido a partir da parceria firmada com a Secretaria Municipal de Administração, que contemplou espaço de convivência, pista de caminhada e academia ao ar livre. O objetivo do grupo é proporcionar melhor qualidade de vida à população por meio da prática de atividade física, reeducação alimentar e o autocuidado.
- “Reeducar para emagrecer”: Em Florianópolis/SC, uma equipe interprofissional composta por nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e ACS também trabalha com grupos de 15 pessoas, que se encontram semanalmente por uma hora para avaliação antropométrica e discussão de temas preestabelecidos, sendo realizados oito encontros. O grupo teve início em 2011, e conta com o apoio de pequenos produtores da agricultura familiar para a oferta de produtos locais a baixo custo, promovendo adoção de uma alimentação saudável e com alimentos de qualidade.

Os agricultores realizam uma feira no dia do encontro do grupo e fornecem gratuitamente uma cesta com frutas para o consumo dos participantes durante os encontros. Além disso, os participantes são inseridos em grupos de caminhada para a prática de atividade física e recebem sessões de auriculoterapia

para auxiliar na redução de peso. A condução do grupo com auxílio das ACS e as ações intersetoriais fortalecem o elo dos participantes e auxiliam no desenvolvimento das atividades.



SAIBA MAIS!

Para conhecer outras experiências exitosas realizadas tanto na APS/AB como também na Atenção Especializada, acesse o Capítulo 4 do material: **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS.**



Relatos enriquecedores, não é mesmo? Você acha que é possível se inspirar e adaptar algo para a sua unidade de saúde? Para ficar mais fácil, é importante iniciar esse planejamento identificando os principais pontos que podem auxiliar ou dificultar esse processo. Estamos falando da matriz SWOT (FOFA), você conhece?



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A análise SWOT incentiva um olhar sobre a instituição e fornece valiosas informações para análise, de diversas perspectivas, de maneira simples e objetiva. Além de proporcionar informações que podem auxiliar na elaboração de instrumentos de gestão do planejamento estratégico, com a definição de metas e objetivos que estejam de acordo com a realidade na qual a instituição está inserida.

Diante da complexidade crescente que envolve todo o processo de organização do cuidado em saúde, é exigido dos profissionais constante inovação dos processos e instrumentos de trabalho, a fim de fornecer respostas aos desafios encontrados frente às demandas de atendimento no SUS.

A Matriz SWOT (Figura 117), conforme modelo apresentado a seguir, é uma ferramenta que permite aos profissionais de saúde atuar na gestão do cuidado. Por meio das variáveis que a constitui é possível analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que influenciarão na realidade do serviço em saúde.

Figura 117. Modelo da Matriz SWOT



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BOSCHMANN, M. N., 2014.

Vamos conhecer melhor cada variável que constitui a Matriz SWOT no quadro a seguir.

Quadro 15. Componentes da Matriz SWOT

FORÇAS	São variáveis internas controláveis que proporcionam condições favoráveis em relação ao ambiente. Ou seja, os pontos fortes identificados pela equipe de saúde que influenciam positivamente no seu desempenho.
FRAQUEZAS	São variáveis internas controláveis que proporcionam condições negativas em relação ao ambiente; são pontos que inibem a capacidade de desempenho da equipe e devem ser melhorados.
OPORTUNIDADES	São variáveis externas não controláveis que proporcionam condições favoráveis, desde que a equipe queira usufruí-las, devendo ser exploradas.
AMEAÇAS	São variáveis externas não controláveis que proporcionam condições desfavoráveis e que podem influenciar negativamente no desempenho, devendo ser enfrentadas.

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de BOSCHMANN, M. N., 2014 e SOUZA, L. P. et al., 2013.

CONCLUSÃO

Para finalizar, nosso intuito nesta última UT foi apresentar a vocês alguns dos diversos pontos de atenção que compõem a RAS e como eles se integram para a organização do cuidado às pessoas com obesidade.

Nesse movimento, a APS/AB representa tanto a porta de entrada, como também é a ordenadora do cuidado dos usuários em toda a rede. Logo, por meio de uma reflexão crítica sobre o que considerar na organização do cuidado longitudinal do indivíduo com sobrepeso e obesidade, orientamos para a importância do uso adequado e oportuno dos sistemas de informações, da integração com os diversos equipamentos sociais, demais órgãos e setores que podem contribuir nesse processo.

Tudo isso aliado à abordagem interprofissional de saúde e a realização da educação permanente. Visto que a finalidade da LCSO é fortalecer e qualificar a atenção desse público por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os pontos da RAS.



ESTUDO DE CASO – Parte 6

(UT06_EC01) Um mês depois, na reunião de equipe da UBS Raio de Sol, os profissionais estavam frustrados com a falta de adesão de muitos usuários que não retornaram para os atendimentos.

- *Os participantes do grupo não deram seguimento nem nos encontros e nem nos encaminhamentos. Não estão vindo para as consultas individuais. Onde estão nossos pacientes? Eles estão indo para onde?* – disse João, o enfermeiro.
- *Percebi que muitos pacientes que são orientados a realizar a cirurgia bariátrica não voltam mais nos atendimentos. Como fica a longitudinalidade do cuidado? Lembra do Seu José que foi para a capital fazer a bariátrica? Ele nunca mais voltou aqui no postinho. Precisamos dessa contrarreferência* – disse a nutricionista Vitória.
- *Realmente, precisamos rever o nosso fluxo. E quando o paciente não consegue ser acompanhado na Atenção Especializada, ele vai para onde? Fica sem atendimento? A Atenção Básica é a porta de entrada, esse paciente também é nosso* – acrescentou a psicóloga Cristina.

O coordenador Francisco, percebendo o anseio dos profissionais, acrescentou:

- *Eu acho que se a gente tiver algo mais concreto, um plano municipal ou estadual, isso facilitaria, por exemplo, a questão da atenção especializada. Porque eu acho que na Atenção Básica para a gente acompanhar todos os pacientes que têm obesidade*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *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. Gabinete do Ministro. *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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 7 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 7 jun. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 7 jun. 2021

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. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. *Linhas de cuidado. 2021*. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 3 jun. 2021.

BOSCHMANN, M. N. *A análise SWOT como ferramenta para o planejamento estratégico governamental na área da saúde*. 2014. 18 p. Artigo de especialização (Pós-graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, e00093419, 2020.

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

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.

SOUZA, L. P. *et al.* Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Gestão e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 1633-1643, 2013.

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. Almejamos que as atividades realizadas tenham possibilitado novas indagações e reflexões para o aperfeiçoamento das práticas de cuidado e serviços ofertados 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 pactuações e fluxos determinados, o que exigirá maior disponibilidade e corresponsabilidade de cada um no processo de cuidado.

