

Obesidade

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| AMANDA BAGOLIN DO NASCIMENTO |
| CRISTINE GARCIA GABRIEL |
| DANIELA ALBA NICKEL |
| PATRÍCIA MARIA DE OLIVEIRA MACHADO |

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Obesidade

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| AMANDA BAGOLIN DO NASCIMENTO |
| CRISTINE GARCIA GABRIEL |
| DANIELA ALBA NICKEL |
| PATRÍCIA MARIA DE OLIVEIRA MACHADO |

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
NUTRICIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

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

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

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

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

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

Autores

Amanda Bagolin do Nascimento
Cristine Garcia Gabriel
Daniela Alba Nickel
Patrícia Maria de Oliveira Machado

Equipe Editorial

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

Assessoria Pedagógica

Márcia Regina Luz

Assessoria de Mídias

Marcelo Nogueira Capillé

Equipe Executiva

Patricia Dias de Castro
Gabriel Donadio Costa
Eurizon de Oliveira Neto

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

Soraya Falqueiro

Identidade Visual/Projeto Gráfico

Pedro Paulo Delpino Bernardes

**Diagramação/Esquemáticos/
Infográficos/Finalização**

Laura Martins Rodrigues
Nicole Alessandra Geller

Desenvolvedor Web	Kuassi Dodji Franck Kumako Paulo Alexsander Godoi Lefol Tcharlies Dejandir Schmitz
Supervisão de Desenvolvimento Web	Sabrina Blasius Faust
Esquemáticos/Infográficos Web	Naiane Cristina Salvi
Fonte para Imagem e Esquemáticos	Adobe Stock

P712

Planejamento e organização da atenção nutricional na atenção primária à saúde /
Amanda Bagolin do Nascimento ... [et al.]. – Florianópolis : UFSC, 2020.

73 p. : il.

E-book (PDF)

ISBN: 978-65-87206-43-1

1. Atenção primária à saúde. 2. Nutrição. 3. Planejamento em saúde. I. UFSC. II. Nascimento, Amanda Bagolin do. III. Gabriel, Cristine Garcia. IV. Nickel, Daniela Alba. V. Machado, Patrícia Maria de Oliveira. VI. Título.

CDU: 364.2

APRESENTAÇÃO	7	3 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL	43
1 PLANEJAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	9	3.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA RAS	45
1.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	10	3.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	45
1.1.1 Planejamento normativo	10	3.1.2 Média e alta complexidade	48
1.1.2 Planejamento Estratégico Situacional (PES)	11	3.2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA APS	51
1.2 PLANEJAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	19	3.2.1 Organização do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	51
1.3 PLANEJAMENTO NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE	23	3.2.2 Níveis de estratificação e tipos de intervenção	52
		3.2.3 MACC na estratificação de risco das pessoas com sobrepeso e obesidade	55
2 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO NUTRICIONAL	28	3.3 INSTRUMENTOS DE APOIO À ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO OU OBESIDADE	58
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE	29	3.3.1 Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)	58
2.1.1 Trabalho multiprofissional e interdisciplinar	29	3.3.2 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	60
2.1.2 Trabalho intersetorial	30	3.3.3 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade	61
2.1.3 Processo de trabalho na atenção primária	31		
2.2 FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA APS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE	32		
2.2.1 Informação e reconhecimento do território	32		
2.2.2 Projeto de Saúde no Território (PST)	34		
2.2.4 Clínica ampliada	38		
2.2.5 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	38		
2.2.6 Pactuação do apoio	40		
		ENCERRAMENTO DO MÓDULO	64
		REFERÊNCIAS	66
		MINICURRÍCULO DOS AUTORES	71

Olá!

Boas-vindas ao módulo Planejamento e Organização da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS). Este conteúdo foi construído com o objetivo de incorporar ao cotidiano das equipes de atenção primária, em especial as de saúde da família as ações de enfrentamento ao sobrepeso e à obesidade nos territórios em saúde. Reconhecendo que alimentação e nutrição são importantes determinantes e condicionantes de saúde, ressaltamos que não se trata de executar novos programas no campo da atenção primária no Brasil, mas sim de incluir componentes necessários à efetivação da integralidade em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de elementos teóricos e conceituais, aliados à utilização de exemplos do cotidiano dos serviços, você e sua equipe, de profissionais e gestores da saúde, poderão incluir no planejamento e na organização do processo de trabalho as

práticas que envolvem a atenção nutricional às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS e em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Destaca-se que este módulo apresenta o passo a passo para as equipes de saúde conduzirem seu processo de planejamento, resgata os elementos do processo de trabalho em Saúde da Família aplicados à atenção nutricional e esclarece os processos de estruturação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e à Obesidade (LCSO) na RAS, para a continuidade do cuidado e atendimento integral às pessoas com esses agravos.

Desta forma, em conjunto com gestores e profissionais da saúde, espera-se que o módulo aponte caminhos para a qualificação do planejamento e das práticas dos serviços de saúde destinadas ao controle e à prevenção do sobrepeso e da obesidade na APS de forma qualificada e humanizada.

Desejamos bons estudos a você!

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de:

- Elaborar um planejamento de atividades para resolução de um problema relacionado à prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, identificado na realidade diagnosticada, dentro de uma perspectiva multiprofissional.

CARGA HORÁRIA DE ESTUDO RECOMENDADA

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

Obesidade

UN 1 **PLANEJAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

Nesta unidade você identificará os conceitos de planejamento das ações de alimentação e nutrição na atenção primária. O planejamento será útil para você colocar em prática as ações em alimentação e nutrição, com foco na prevenção e no controle do sobrepeso e da obesidade. Vamos iniciar!

1.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento é um ato diário na vida de qualquer ser humano. As suas férias, as compras do supermercado ou mesmo a sua carreira profissional são frutos de um planejamento realizado por você em algum momento. Assim, o planejamento serve a um propósito, uma situação desejável que será alcançada no futuro, um objetivo a ser alcançado.

O ato de planejar é sobre o presente, ou seja, nós estabelecemos as ações de agora para conseguir atingir os objetivos no futuro. O processo de planejamento permitirá organizar o processo de trabalho da equipe para alcançar determinado objetivo.

O planejamento também pode ser encarado como um processo de diálogo e definição de pactuação entre os profissionais. É um

momento de encontro, quando diferentes visões e interesses são apresentados. Em um primeiro momento poderão ocorrer divergências ou até mesmo tensões entre os profissionais e destes com os gestores, porém é preciso desenvolver a escuta entre os integrantes da equipe, o respeito às diferentes visões e criar acordos e pactuações que transmitam a intenção do coletivo da equipe de saúde.



No momento atual, a sua equipe de saúde realiza alguma atividade de planejamento? Como é organizado o processo de trabalho dos profissionais? Existe algum objetivo ou meta a ser cumprido?

Não há uma receita para se fazer um planejamento; entretanto, existem distintas formas de planejar, o que chamamos de vertentes do planejamento. Vamos conhecer, então, as duas principais utilizadas na área da saúde.

1.1.1 Planejamento normativo

O planejamento normativo surgiu em uma

época em que o Estado era centralizador, por isso esse entendimento. Nos anos 1950 e 1960, o Estado, nas sociedades socialistas, atuava como substituto do mercado e regulador da economia, e, nas sociedades capitalistas, o Estado tinha papel forte de indicar rumos do mercado e estimular investimentos privados segundo sua prioridade (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Atualmente, no século XXI, há uma descentralização de poderes, em que diversos indivíduos e grupos apresentam suas posições, inclusive contrárias. Os interesses competem para a implementação de atividades políticas e econômicas. Neste contexto, um planejamento estritamente racional não é adequado, pois ele não inclui os aspectos políticos, de negociação e pactuação. Da mesma forma, há mudanças de situações problemáticas ao longo do tempo, de modo que um plano realizado em determinado momento deve ser modificado conforme as dificuldades de implementação.

A vertente do planejamento normativo sustenta que o ato de planejar é um ato estritamente racional. O planejador deve ser alguém externo ao contexto, um especialista em planejamento. O planejamento normativo,

portanto, não aceita diferentes visões, sendo que apenas um indivíduo ou um grupo de indivíduos realiza o processo. Essa vertente também não aceita mudanças no plano ao longo do tempo.

1.1.2 Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Diante dessas críticas ao planejamento normativo apresentadas no item anterior, surge o Planejamento Estratégico Situacional (PES), criado por um economista chamado Carlos Matus na década de 1970.

Para aprofundar a compreensão sobre o tema, é importante considerar que o termo ator social é utilizado nas ciências sociais para identificar pessoas ou grupos de pessoas organizadas em instituições ou organizações que geram fenômenos (fatos) sociais. O economista Matus descreve o ator como a pessoa ou grupo de pessoas que controlam variáveis importantes para a ação planejada. São aqueles que possuem o poder de decidir e de alterar o rumo das ações.

A nomenclatura dessa vertente de planejamento é devido a sua metodologia. Veja.

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O planejamento é estratégico porque prevê divergência entre os atores, restrições orçamentárias, ou qualquer outro fator que altere a viabilidade das ações previstas.

Viabilidade significa ser viável, o que pode ser feito sem obstáculos, exequível, e pode ter caráter econômico, político ou técnico.

Assim, em um momento definido do processo de planejamento, os atores deverão realizar a análise de viabilidade dos seus objetivos e de suas atividades.

“O Planejamento Estratégico Situacional (PES) se caracteriza por tentar conciliar a ação sobre uma realidade complexa, com um olhar estratégico e situacional, considerando a visão de múltiplos atores e a utilização de ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas.” (BRASIL, 2016, p. 58). Assim, o PES é uma vertente do planejamento adequada para situações complexas, com mudanças ao longo de

tempo, quando o poder está dividido, ou seja, nenhum ator social detém o total controle das variáveis envolvidas com o problema.

Vejam um exemplo. Uma equipe de saúde da família, com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tem o objetivo de implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no seu território. Uma das atividades de VAN é efetuar a mensuração de peso e altura dos usuários de demanda espontânea para classificação do seu estado nutricional.

Essa ação será inviabilizada se os equipamentos antropométricos não estiverem disponíveis na unidade de saúde, portanto é uma inviabilidade de caráter econômico, de recursos materiais. Ou, ainda, a ação não pode ser realizada porque não é definida como prioridade pela gestão local, é uma inviabilidade de caráter político. Por fim, caso o problema de execução seja a falta de conhecimento dos profissionais quanto aos procedimentos para verificação de peso e altura, é uma inviabilidade de caráter técnico.

A outra palavra que devemos compreender no PES é a palavra situacional. Veja ao lado.

Planejamento Estratégico **Situacional** (PES)

O planejamento é dito situacional porque inicia-se a partir de um diagnóstico de situação. O diagnóstico de situação levará em conta as visões dos atores envolvidos no planejamento.

Cada indivíduo possui um entendimento único sobre determinado evento, segundo sua experiência profissional e sua vivência do cotidiano.

O conceito de situação no PES está vinculado a um problema, sendo o problema uma situação considerada insatisfatória pelos atores e que pode ser alterada mediante ações planejadas.



Pense na sua prática profissional e nas atividades da sua equipe de saúde. Existe alguma situação considerada problema? Você consegue descrever o problema em um parágrafo?

Agora que você já tem uma ideia do que é o Planejamento Estratégico Situacional, vamos aprofundar nosso conhecimento e entender como realizar o PES seguindo as suas etapas. Importante destacar que o PES é baseado em problemas e busca a solução por meio de etapas, chamadas de momentos do planejamento. Os momentos do PES são: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.



Confira, agora, mais informações sobre cada um desses momentos. Acompanhe.

Momento explicativo

No momento explicativo, você ou algum colega da equipe, deverá explicar o problema. Já sabemos que um problema é uma situação indesejada a partir da visão dos atores e que pode ser transformada a partir de ações planejadas.

Nem sempre um problema para o profissional da saúde é um problema para a população ou para o gestor municipal, pois cada ator tem a sua visão de mundo. Então, como definir um problema em um ambiente onde as visões são distintas?

É importante que diversos e diferentes atores participem do planejamento, assim, é possível se certificar de que diversas e diferentes visões estão sendo consideradas no processo. Na unidade de saúde, é importante que toda a equipe e os gestores da saúde local participem e que os conselheiros locais de saúde, representantes e líderes da comunidade também sejam convidados.

Um método útil para abrir a discussão sobre os problemas identificados é a “tempestade de ideias”, do inglês “brainstorming”. Cada pessoa escreve em um papel quais são os problemas que deveriam ser resolvidos. Após, recolhe-se os papéis e escreve-se no

quadro todos os problemas levantados pelos participantes. A mesma atividade pode ser feita com cada indivíduo falando em voz alta ou indo até o quadro e escrevendo o problema.

A tempestade de ideias trará um grande número de problemas com diferentes níveis de complexidade e governabilidade. Portanto, os atores deverão decidir quais deles têm maior prioridade. Para realizar a priorização dos problemas, é necessário escolher alguns critérios. Vejamos alguns bastante utilizados pela área da saúde.



Governabilidade

Quem tem o poder de resolver o problema? A solução do problema está sob a governabilidade da equipe de saúde?



Magnitude

Qual é o tamanho do problema? Quantas pessoas são afetadas pelo problema?



Transcendência

Qual a importância dada ao problema pelos atores? Poderá ter uma importância política, técnica ou cultural.



Urgência

O problema deve ser resolvido com urgência porque traz consequências negativas em curto prazo, ou o problema tem consequências negativas de médio e longo prazo?



Custos

Quanto custa para resolver o problema? Custos poderão ser recursos financeiros, recursos materiais ou recursos humanos e de tempo.

Definidos quais os problemas, estes devem ser resumidos em descritores, que são as descrições dos problemas. Um descritor é considerado bom quando descreve em poucas palavras o problema e todos os atores conseguem entendê-lo. Para facilitar a descrição, use as perguntas: “O quê?”, “Quem?”, “Onde?” e “Quando?”.

Vamos exemplificar. A tempestade de ideias foi realizada pela equipe de saúde e pelos conselheiros locais de saúde. Vinte problemas foram anotados e devem ser priorizados. Agora, vejamos três desses exemplos no quadro abaixo.

Quanto à governabilidade, o problema A tem baixa governabilidade porque a equipe de saúde e o conselho local não têm o poder de solucioná-lo sem articulação política com a gestão municipal e outros setores. Para tal, é preciso uma atuação conjunta do setor saúde com o setor de agricultura e assistência social da prefeitura, articulação com comerciantes locais para verificar as possibilidades de implantação de feiras, hortas comunitárias, entre outras ações de segurança alimentar e nutricional. Os problemas B e C possuem alta governabilidade porque a equipe de saúde pode

atuar na identificação dos casos, revisar os protocolos de intervenção e evidências para o tratamento da doença e realizar ações de prevenção para evitar novos casos. Quanto ao crescimento de casos de sobrepeso das crianças em idade escolar, ações coletivas e individuais podem ser realizadas pela equipe de saúde, em conjunto com outros atores e setores para agir sobre o problema.

Quanto à magnitude, os três problemas atingem um grupo de pessoas em determinado local da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), portanto foram consideradas: alta no problema A porque atinge

Exemplo de priorização dos problemas pela equipe de saúde

Problemas	Governabilidade	Magnitude	Urgência
A Ausência de locais que comercializam alimentos <i>in natura</i> no território de abrangência	Baixa	Alta	Alta
B Crescimento de casos de diabetes tipo II entre adultos jovens associados ao excesso de peso e má alimentação nos últimos dois anos	Alta	Média	Alta
C Crescimento de casos de sobrepeso em crianças em idade escolar na área de abrangência nos últimos dois anos	Alta	Média	Média



todas os moradores do território, e média nos problemas B e C pois atinge um grupo de pessoas em determinada faixa etária em toda a área de abrangência da UBS.

Quanto à urgência, a equipe de saúde considerou os problemas A e B com alta urgência porque o acesso a alimentos *in natura* é indispensável aos hábitos saudáveis e os casos de diabetes podem se agravar quando não tratados. O problema C tem um avanço gradual e foi elencado como média urgência pelos atores.

Portanto, diante desse exemplo de priorização, qual o primeiro problema a ser enfrentado pela equipe de saúde? O problema B será priorizado, seguido do problema C. A equipe optou por realizar ações para atuar nos problemas B e C porque possui alta governabilidade para ambos.

A governabilidade é o principal critério quando falamos do planejamento estratégico situacional, pois planeja e executa quem tem o poder de alterar a situação problemática.

Isso significa que um problema com baixa governabilidade não será prioritário para a equipe de saúde. No entanto, a falta de governabilidade não significa isenção de responsabilidade, afinal, a

equipe de saúde tem responsabilização sanitária pela população sob a sua área de abrangência. Para aqueles problemas com baixa governabilidade, são necessárias ações intersetoriais, ou a articulação entre os setores do município. Você verá detalhadamente como realizar essas articulações na Unidade 2 deste Módulo, quando aprofundaremos o assunto Processo de Trabalho.



Leia a descrição do problema que você fez na reflexão anterior. O problema está bem delimitado? As perguntas “O que?”, “Quem?”, “Onde?” e “Quando?” estão respondidas na sua descrição? Caso não estejam, refaça sua descrição incluindo todas elas.

Momento normativo

No momento normativo, você, em conjunto com sua equipe, definirá os objetivos para resolver o problema e construirá o plano de ação para alcançá-los. Também chamamos de plano de intervenção, pois ele retrata as atividades, ou intervenções, a serem realizadas pelos atores para atingir os objetivos.

Os objetivos do seu plano de ação serão

descritos de maneira geral, enquanto as metas são quantificáveis. Vamos utilizar novamente o exemplo do problema C, veja.



Descritor do problema

Crescimento de casos de sobrepeso em crianças em idade escolar na área de abrangência nos últimos dois anos.



Objetivo a ser alcançado

Parar o crescimento de casos de sobrepeso em crianças em idade escolar na área de abrangência. Ou, ainda:
Reduzir o número de casos de sobrepeso em crianças em idade escolar na área de abrangência.

Perceba que o objetivo é a solução do problema, ou seja, é a situação desejável em oposição à situação indesejável do problema.

Estabelecer metas e prazos é importante para os atores quantificarem o quanto foi alcançado. Para isso é interessante criar uma meta possível de ser alcançada pela equipe. Uma meta extremamente difícil de ser alcançada, ou, em outro extremo, uma meta muito fácil de ser alcançada pode

gerar desmotivação. Os valores das metas devem ser negociados e pactuados entre os atores durante o planejamento. Vamos ver um exemplo de metas, seguindo o exemplo do problema C.

 **Meta 1**
Identificar 100% dos casos de sobrepeso em crianças em idade escolar matriculadas na escola da área de abrangência.

 **Meta 2**
Acompanhar individualmente 70% dos casos de sobrepeso identificados em crianças em idade escolar matriculadas na escola da área de abrangência.

 **Meta 3**
Reduzir em 15% os casos de sobrepeso identificados em crianças em idade escolar matriculadas na escola da área de abrangência.

Como você observou, a meta precisa de um quantitativo para ser verificado após a realização das ações previstas no plano. Ela

será um guia para você saber se o objetivo será cumprido ou não.

Agora que já sabemos como escrever os objetivos do plano de ação, precisamos criar uma matriz ou planilha para descrever as atividades que serão desenvolvidas, os recursos que serão utilizados e definir

os responsáveis para cada atividade. No PES, esta organização chama-se de matriz de operações, sendo cada atividade uma operação. Seguindo nosso exemplo do problema C, o quadro a seguir apresenta a planilha operacional, que será a sua programação de atividades. Confira.

Exemplo de planilha operacional para atingir a Meta 1

Objetivo geral	Meta 1
Reduzir o número de casos de sobrepeso em crianças em idade escolar na área de abrangência	Identificar 100% dos casos de sobrepeso em crianças em idade escolar matriculadas na escola da área de abrangência
Atividades	Responsáveis
Estabelecer contato para parceria com o(a) diretor(a) da escola	Coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde
Relacionar as crianças em idade escolar segundo faixa etária e ano escolar	Enfermeiro(a), nutricionista, técnico(a) em enfermagem
Realizar procedimentos de mensuração antropométrica (peso e altura)	Nutricionista, técnico(a) em enfermagem, estudantes de graduação ou da residência multiprofissional
Digitação dos dados em planilha eletrônica	Técnico(a) em enfermagem
Organização dos dados e classificação dos indivíduos segundo o IMC	Enfermeiro(a) e nutricionista
Prazo: 60 dias	Recursos: Profissionais da saúde, material de escritório, transporte até a escola, equipamentos antropométricos

Momento estratégico

Chegamos ao terceiro momento do planejamento estratégico situacional: o momento estratégico. No momento estratégico, os atores identificam as facilidades e as dificuldades para realizar as atividades previstas. É o momento de verificar a viabilidade do plano de ação.

Como visto anteriormente, a viabilidade pode ter caráter econômico, político ou técnico. A falta ou a necessidade de adquirir recursos que não estão sob a governabilidade dos atores envolvidos no planejamento deve ser identificada. Você pode fazer uma tabela (planilha) para cada uma das atividades e utilizar um sinal (+) para aquelas com recursos disponíveis ou um sinal (-) para as atividades com recursos indisponíveis ou que não estão sob a governabilidade da equipe de saúde.

Para identificar a viabilidade política, você pode utilizar o mesmo esquema, com uma planilha em que serão apontados aqueles atores que são favoráveis à atividade e aqueles atores que são contrários. O método PES apresenta cinco estratégias para buscar o apoio daqueles atores contrários às atividades planejadas (ARTMANN, 2000), veja a seguir.

Imposição

Quando se utiliza a autoridade para convencer um ator.



Persuasão

Quando se utiliza do convencimento, por meio de argumentos.



Negociação cooperativa

Quando se utiliza da negociação – ambos os lados devem ceder, tanto o ator que apoia as atividades quanto o ator contrário e o resultado deve ser positivo para todos.



Negociação conflitiva

Quando se utiliza da negociação, porém o resultado não será positivo para ambos os lados – um ator deverá perder para o outro ganhar.



Confrontação

Quando há medição de forças entre os lados pró e contra a atividade, por exemplo, quando se utiliza votação.



Verificada a viabilidade das atividades, aquelas identificadas como inviáveis devem ser reformuladas no momento normativo.

E novamente analisadas quanto à sua viabilidade no momento estratégico. É por isso que o PES denomina suas etapas como “momentos”, pois eles não são estáticos. Os atores podem voltar ao momento anterior, caso necessário.



Leia novamente a planilha operacional e traduza-a para o seu cotidiano de trabalho, ela é viável? Quais atividades são inviáveis? Por qual motivo? Essa inviabilidade pode ser revertida? Como? Por quem?

Momento tático-operacional

O quarto momento do planejamento é denominado tático-operacional, e é neste momento que você e sua equipe irão colocar em prática as atividades planejadas. Também é neste momento que ocorre o monitoramento das ações. Monitoramento significa acompanhar a partir de dados e informações o quanto as ações estão próximas de atingir as metas planejadas.



O monitoramento é um processo contínuo de acompanhamento dos indicadores e informações.

Vejamos a matriz de acompanhamento com as atividades relacionadas anteriormente no nosso exemplo do problema C, acompanhe.

Exemplo de matriz de acompanhamento das atividades

Atividades	Responsáveis	Realizado	Observações
Estabelecer contato para parceria com o(a) diretor(a) da escola	Coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Contato realizado em 2 de junho de 2020
Relacionar as crianças em idade escolar segundo faixa etária e ano escolar	Enfermeiro(a), nutricionista, técnico(a) em enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Realizar procedimentos de mensuração antropométrica (peso e altura)	Nutricionista, técnico(a) em enfermagem, estudantes de graduação ou da residência multiprofissional	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Atrasado devido às férias escolares
Digitação dos dados em planilha eletrônica	Técnico(a) em enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Organização dos dados e classificação dos indivíduos segundo o IMC por idade	Enfermeiro(a) e nutricionista	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

O que você viu no quadro é apenas um formato de organizar o acompanhamento das atividades. Você e sua equipe podem pensar em formatos mais adequados de acordo com as suas necessidades de monitoramento.

Para identificar o alcance ou não das metas, você e sua equipe criarão indicadores, que estarão de acordo com as metas e os objetivos estabelecidos no plano de ação. Veja o exemplo a seguir.

Meta 1
Identificar 100% dos casos de sobrepeso em crianças em idade escolar matriculadas na escola da área de abrangência.

Para identificar 100% dos casos de sobrepeso, é necessário realizar a atividade de mensuração antropométrica em 100% das crianças matriculadas na escola, portanto, o indicador será:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças matriculadas na escola da área de abrangência com mensuração antropométrica realizada em 2020}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças matriculadas na escola da área de abrangência em 2020}}$$

Vamos, então, traduzir o planejamento estratégico situacional para o âmbito da Alimentação e Nutrição? Acompanhe.

1.2 PLANEJAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro ponto da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo atendimento dos principais agravos de saúde dos indivíduos, da coletividade e da vigilância em saúde. A APS deve coordenar os demais níveis de atenção à saúde, o nível secundário e o nível terciário; portanto, a APS é o ponto da rede de atenção que coordena o cuidado do indivíduo.

As ações na APS são realizadas por equipes multiprofissionais e dirigidas a uma população em um determinado território sobre o qual as equipes assumem a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, a APS é o principal contato do indivíduo com o sistema de saúde, por isso é importante identificar o contexto de vida da pessoa atendida. As ações em alimentação e nutrição nos serviços de saúde estão descritas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013a). Elas devem ser realizadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, assim como as demais ações em saúde. Conforme

a PNAN, a atenção nutricional na atenção primária deve seguir a lógica do território e dar respostas a demandas e necessidades de saúde, no âmbito da alimentação e nutrição, de sua população adstrita, considerando os critérios epidemiológicos de frequência, risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2013a).

Segundo o quadro epidemiológico atual do país, as ações relevantes são de prevenção e tratamento de sobrepeso e obesidade, desnutrição, carências nutricionais e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação e nutrição. Também, o cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais e os transtornos alimentares (BRASIL, 2013a).

As famílias e comunidades são sujeitos coletivos, com características dinâmicas ao longo do tempo, necessidades e demandas que se modificam conforme a maneira de viver e a exposição aos fatores de risco e de proteção às doenças e agravos.

Devido a essas mudanças, você e sua equipe de saúde devem realizar um diagnóstico situacional do território sob sua responsabilidade sanitária. Isso significa conhecer o território onde a população vive, quem são os indivíduos, qual a característica demográfica

e as especificidades dos grupos populacionais, a quais riscos os indivíduos estão expostos e quais as suas vulnerabilidades socioeconômicas e sanitárias.



Você conhece a população da sua área de abrangência? Qual o grupo etário mais prevalente: crianças, jovens, adultos ou idosos? Quais os grupos populacionais em risco de sobrepeso, obesidade e desnutrição e carências por deficiência de micronutrientes? Há povos e comunidades tradicionais na área de abrangência? Estes são considerados em suas especificidades étnicas e culturais pelo serviço e/ou profissionais de saúde? Os problemas alimentares e nutricionais que os acometem são os mesmos que acometem a população geral da área de abrangência?

Como aprendemos anteriormente, o planejamento parte de um diagnóstico situacional: saber onde estamos para definir aonde queremos chegar. Para alcançar um diagnóstico preciso da sua área de abrangência, e a partir dele criar um planejamento para as ações de alimentação e nutrição,

são necessárias informações atualizadas e de qualidade.



DESTAQUE

O planejamento das ações de alimentação e nutrição estará integrado ao planejamento da unidade de saúde e da equipe multiprofissional. Portanto, será feito por todos os profissionais envolvidos na equipe, incluindo os profissionais do NASF-AB.

Nesse contexto, você se lembra do conceito de territorialização?

A territorialização é o processo de reconhecer o território da área de abrangência. Para tal, é necessário realizar um levantamento de informações geográficas, sociais e epidemiológicas, a partir de uma caminhada em todas as microáreas e da coleta de dados em sistemas de informação. A partir desse mapeamento das características geográficas, sociais e epidemiológicas, a equipe poderá planejar suas ações em saúde de acordo com as necessidades reais de sua população.

Você conseguiu identificar semelhança entre a territorialização e o diagnóstico situacional, realizado no momento explicativo

do Planejamento Estratégico Situacional? Eles são bastante similares, não é mesmo? Assim, a territorialização será a partida do diagnóstico situacional para o planejamento das ações em alimentação e nutrição da equipe de saúde.

Vamos ver quais os dados importantes para você e sua equipe coletar durante a territorialização.



Dados geográficos

São os dados do ambiente. Limites da área de abrangência e microáreas, rios e córregos, rodovias, principais avenidas e ruas com fluxo intenso de pedestres e automóveis, áreas de preservação ambiental ou áreas de risco ambiental, como encostas de morro, áreas de dunas e mangues, áreas propensas a enchentes, características de ocupação urbana, áreas de maior e menor densidade demográfica. Esses dados você irá coletar a partir de observação direta, ou seja, caminhando pela área de abrangência junto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Você também poderá conversar com lideranças da comunidade para saber qual a visão da comunidade sobre a geografia e ocupação da área pelas famílias.



Dados demográficos

São os dados sobre as características da população. Número de indivíduos que vivem na área e microáreas, segundo faixa etária, sexo e raça/etnia, número de pessoas por família, média de pessoas que vivem em uma casa, povos e comunidades tradicionais existentes na área.



Dados socioeconômicos

São os dados sobre a condição socioeconômica das famílias que vivem no território, quanto mais pobres as famílias, maior o risco para doenças e agravos, inclusive aqueles de âmbito alimentar e nutricional. A escolaridade do(a) chefe da família, a quantidade de pessoas morando na mesma casa ou a quantidade de pessoas por cômodo da casa, a renda mensal, a porcentagem de famílias que recebem benefício social ou complementação de renda, o acesso à água encanada e saneamento, acesso à coleta de lixo diária ou semanal são informações que descrevem o perfil socioeconômico dos indivíduos, famílias e comunidades.



Dados institucionais

São os dados sobre a organização social e o acesso a serviços do território. Você deve saber quantas escolas e creches existem na área de abrangência, presença de Organizações Não-Governamentais (ONG), igrejas e locais religiosos, supermercados, feiras livres ou locais de comércio de frutas, verduras e legumes frescos, bares e restaurantes, associações de bairro ou entidades comunitárias, academia da saúde, espaços de lazer e esportes, além de equipamentos de segurança alimentar e nutricional que por ventura existam no território da equipes de saúde da família, tais como restaurantes populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos, entre outros.



Dados epidemiológicos

São os dados relacionados à morbidade (doenças e agravos) e à mortalidade (óbitos) da população que vive no território. Na atenção primária são monitorados os agravos transmissíveis (por exemplo, tuberculose e hanseníase) e as doenças crônicas mais prevalentes (hipertensão arterial, diabetes e obesidade), o estado nutricional e o consumo alimentar da população atendida na

rede de saúde por meio do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Incluem, também, os dados sobre a cobertura de consultas pré-natal, crianças menores de 5 anos em situação de vulnerabilidade social, idosos e pessoas com dificuldade de locomoção, indivíduos acamados. Outros dados podem ser consultados em outros sistemas de informação desde que disponíveis para análise da área de abrangência da equipe de saúde, a exemplo do e-SUS.

Para finalizar o diagnóstico situacional, você e sua equipe podem organizar os dados referentes à unidade de saúde, por exemplo, número suficiente de equipamentos (incluindo os equipamentos antropométricos como balança e estadiômetro) e adequados para pessoas com obesidade e sem obesidade. Além dos materiais em funcionamento, protocolos de atendimento de demanda espontânea, protocolos de referências para especialidades, atividades coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos disponibilizadas pela equipe, número suficiente de profissionais da saúde e perfil de formação, equipe de apoio matricial disponível (NASF-AB, por exemplo), práticas integrativas e complementares ofertadas

pela equipe.

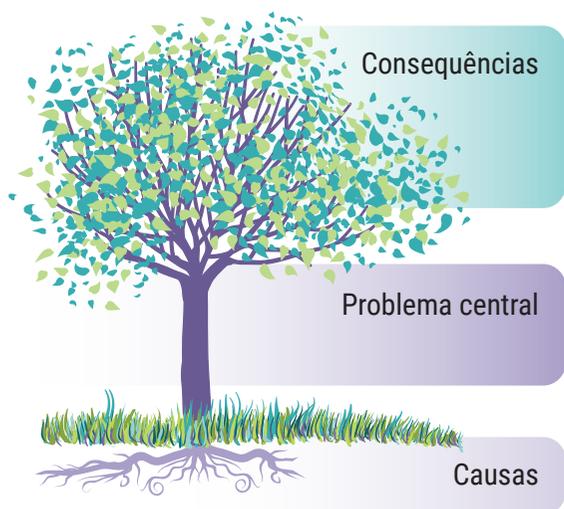
Você pode estar se perguntando: “quantos dados e informações, não é mesmo?”. Pense que trabalhar na APS demanda uma quantidade de informações atualizadas e de qualidade, pois você é o principal contato do indivíduo com o sistema de saúde. Você, portanto, deve trabalhar com os determinantes sociais da saúde para atender às necessidades dos indivíduos e do coletivo.



Quais dos dados citados acima, com qualidade e atualizados, a sua equipe possui disponível neste momento? Qual é o impacto da falta dessas informações para a construção de um planejamento adequado para as ações de alimentação e nutrição?

O diagnóstico situacional a partir da territorialização subsidiará o seu planejamento em alimentação e nutrição, sempre em conjunto com o planejamento local da unidade de saúde. Após a etapa de diagnóstico, você e sua equipe irão identificar problemas relativos à alimentação e nutrição no território. É a partir desses problemas que você construirá seu plano de ação. Um formato comum no

planejamento em saúde para facilitar a definição dos objetivos e criar um bom plano de ação é a árvore de problemas, acompanhe.



Vamos ver um exemplo. Um dos problemas levantados pelo diagnóstico situacional foi o crescimento de casos de diabetes tipo II entre adultos jovens associados a excesso de peso e alimentação inadequada. Portanto, esse é o problema central, seria o caule da sua árvore de problemas. As causas do problema são as raízes, que alimentarão o problema, enquanto os frutos e a copa da árvore serão as consequências.

Como vimos, o objetivo geral é o problema resolvido, assim, o objetivo geral do plano de

ação é diminuir o número de casos de adultos jovens com diabetes tipo II e ainda evitar que os casos existentes se agravem a ponto de aumentar a necessidade de intervenção medicamentosa e iniciar insulino terapia.

A novidade do uso árvore de problemas é que ficará mais fácil para você identificar as

causas do problema e atuar sobre elas. Dessa forma, o seu problema será resolvido a partir das causas.

Observe o quadro proposto a seguir. Cada causa do problema transforma-se em objetivo específico, e cada consequência do problema transforma-se em resultado esperado.

Causa	Problema	Consequência
<ul style="list-style-type: none"> Alto consumo de alimentos altamente industrializados, açúcar e bebidas açucaradas Dificuldade na realização de exercícios físicos ou lazer ativo na comunidade Trabalho precário sem respeito aos horários das refeições Baixo consumo hídrico Histórico familiar de diabetes 	Crescimento de casos de diabetes tipo II entre adultos jovens associados ao excesso de peso e má alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Aparecimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (comorbidades) Aumento da demanda por consultas especializadas e hospitalizações por agravos preveníveis
↓	↓	↓
Objetivos específicos	Objetivo geral	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> Realizar ações de educação em saúde para incentivo ao consumo de alimentos saudáveis Monitorar os casos de diabetes tipo II entre adultos jovens e seus familiares Realizar projeto terapêutico multiprofissional em casos definidos pela equipe 	Diminuir o número de casos novos (incidência) de adultos jovens com diabetes tipo II associados ao excesso de peso e má alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da alimentação saudável e adequada nos núcleos familiares Atuar na prevenção e diagnóstico precoce de comorbidades Evitar que os casos existentes se agravem e necessitem de intervenções especializadas e hospitalizações

Agora, com a árvore de problemas pronta, o seu plano de ação ficará mais fácil de ser feito. Para cada objetivo específico você e sua equipe criarão uma planilha de operações.

Claro que esta é uma forma simples de pensarmos. Sabemos que os problemas de saúde são complicados ou complexos e envolvem diversas causas, pois como você percebe e vivencia no dia a dia a saúde tem determinantes sociais bastante amplos. No entanto, o uso de formas lúdicas, como a árvore, ou planilhas e tabelas, torna visível e facilita o processo do planejamento para todos os profissionais envolvidos.

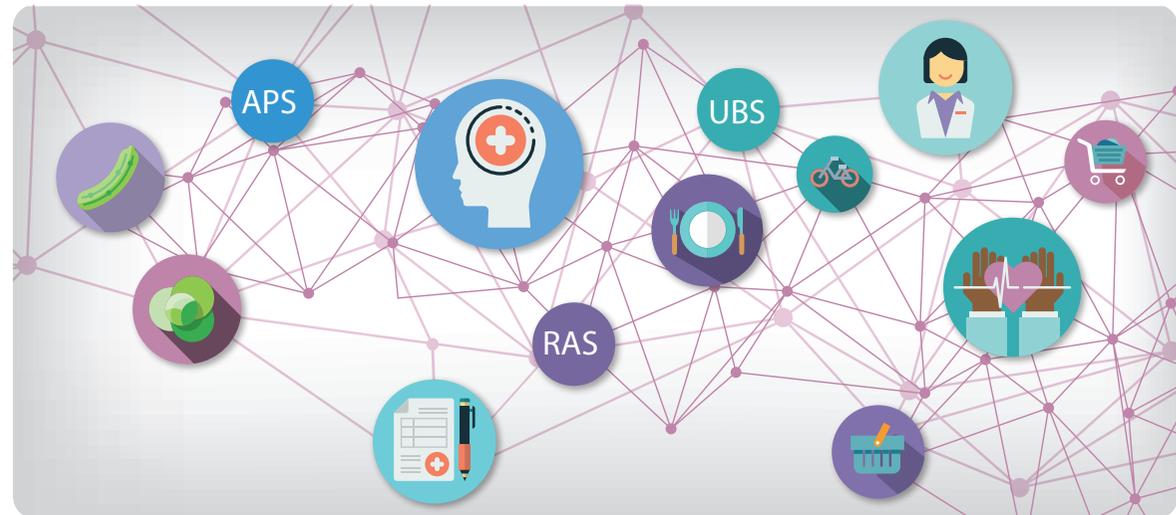
Os passos seguintes serão criar o plano de ação e a planilha de operações para cada objetivo específico, com o detalhamento das atividades, dos responsáveis, dos recursos e do tempo de execução. Após o término da execução das atividades de elaboração dos objetivos específicos, você atingirá o objetivo geral proposto pelo planejamento.

Lembre-se de produzir a planilha de acompanhamento e de formular indicadores para medir os resultados alcançados pelo planejamento.

1.3 PLANEJAMENTO NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

A prevalência de sobrepeso e obesidade cresceu nas últimas décadas, atingindo cerca de 38,9% dos adultos em nível global no ano de 2018 (GLOBAL NUTRITION REPORT, 2018). No Brasil, segundo dados do Vigitel Brasil 2019 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), encontrou-se uma prevalência de adultos com excesso de peso que variou entre 49,1%, em Vitória, e 60,9%, em Manaus (BRASIL, 2020a). Resultados

associados ao padrão alimentar brasileiro caracterizado pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e redução do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados como feijão, ovos, leguminosas, tubérculos e arroz. Por se tratar de um agravo de causas multifatoriais decorrentes de balanço energético positivo, ou seja, quando se consome mais energia do que é gasta, a obesidade está associada a uma série de riscos para saúde e é considerada um problema complexo, de múltiplas causas, entre estas: sociais, econômicas, culturais, políticas, históricas, ecológicas e biológicas (BRASIL, 2014a).



As complicações do sobrepeso e da obesidade são conhecidas por você, profissional da saúde, não é mesmo? Aumento da pressão arterial, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídeos e resistência à insulina são algumas delas. Esses agravos causarão o aumento do número de casos de doenças crônicas não transmissíveis ligadas ao sobrepeso e à obesidade, principalmente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Também, existem as consequências sociais e psicológicas para o indivíduo com sobrepeso ou obesidade.



Você e sua equipe têm acompanhado a evolução dos números de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da unidade de saúde nos últimos cinco anos? Esse acompanhamento envolve o sobrepeso e obesidade? Os números têm aumentado, diminuído ou se mantido ao longo do período?

O fato de a obesidade ter causas múltiplas, inclusive sociais e econômicas, torna complexo o planejamento para as ações de

prevenção e controle. A atenção primária tem o papel de articular as ações da rede de atenção em saúde, portanto é nesse ponto da rede de atenção que você e sua equipe irão planejar a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade e realizar o cuidado longitudinal desses indivíduos. Faz parte do cuidado longitudinal certificar-se de que os serviços complementares e de nível secundário estão em acordo para a referência dos usuários, caso necessário.

O apoio matricial, por meio do NASF-AB ou outras formas de organização do apoio matricial em seu município, o uso de ferramentas como a teleconsultoria, a ampliação do uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), a oferta e o acesso regular a exames complementares solicitados têm potencial para aumentar a resolutividade da equipe de saúde para a prevenção e o controle do sobrepeso e da obesidade na atenção primária.

O profissional da saúde tem o papel de apoiar os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis. É importante entender os determinantes sociais da doença para que não haja culpabilização dos hábitos do indivíduo e manutenção dos estereótipos. A

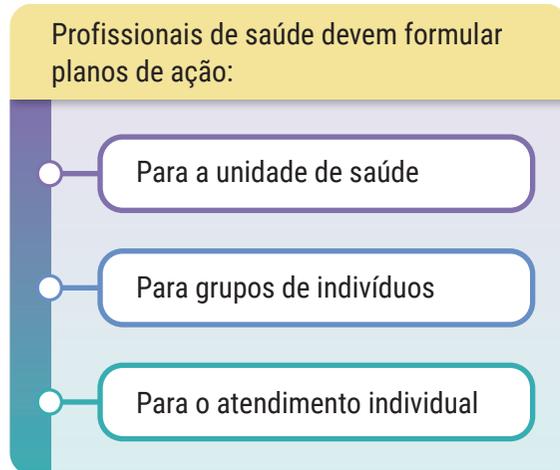
unidade de saúde deve ser um espaço livre de julgamento, um espaço de acolhimento das necessidades e demandas do indivíduo. A acessibilidade de infraestrutura como rampas, portas largas, macas, cadeiras e balanças com capacidade para mais de 200 kg são essenciais no atendimento aos indivíduos com obesidade.



A sua unidade de saúde está adaptada física e tecnicamente para o atendimento de indivíduos com excesso de peso? Os profissionais ou a unidade de saúde acolhem essas pessoas ou apenas as referenciam para outros níveis de atenção? Como os profissionais da saúde acolhem os indivíduos com sobrepeso e obesidade?

O planejamento serve para alterar uma situação insatisfatória para uma situação satisfatória, por meio de um plano de ação – neste contexto, a situação problemática é o sobrepeso e a obesidade. Assim, os profissionais de saúde deverão formular planos de ação diferentes para cada situação que se apresenta na unidade de saúde, para

grupos de indivíduos e para o atendimento individual.



Seguindo os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2017b), sugerimos o planejamento das ações para o controle do sobrepeso e da obesidade segundo a classificação do estado nutricional dos indivíduos. Recomendamos, também, um plano de ação voltado a ações de prevenção do sobrepeso e da obesidade para a população do território, priorizando aqueles grupos populacionais em vulnerabilidade e em maior risco epidemiológico.

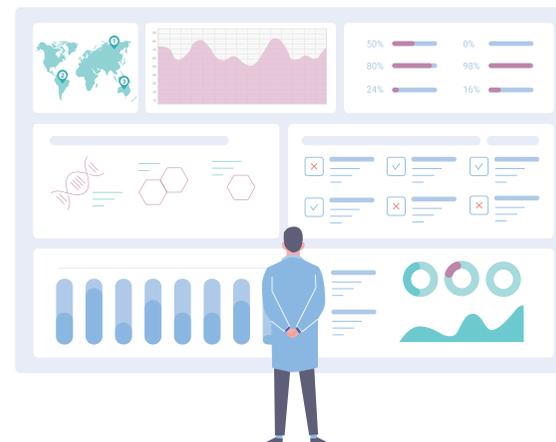
Novamente, você e sua equipe utili-

zarão dados e informações do território com a finalidade de realizar o diagnóstico nutricional, a identificação dos fatores de risco e proteção, a organização de atividades de acordo com a situação de vida e a cultura do grupo populacional ou do indivíduo. Os atendimentos individuais de demanda espontânea e também aqueles de rotina, como puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, acompanhamento de indivíduos que utilizam medicação de uso contínuo são oportunidades para realizar a mensuração de peso, altura e classificação do estado nutricional (BRASIL, 2014a). O Programa Saúde na Escola (PSE) é outra oportunidade para o diagnóstico nutricional de crianças

e adolescentes.

Lembre que o diagnóstico nutricional se refere às atividades para identificação e determinação do estado nutricional do indivíduo, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtidos durante a avaliação nutricional, a qual também considera dados indiretos, como os socioeconômicos (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2008).

O Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) será uma ferramenta indispensável para o diagnóstico individual dos agravos alimentares e nutricionais em todas as faixas etárias. E também para o diagnóstico coletivo, quando analisado o conjunto das informações registradas nos atendimentos realizados pela unidade de saúde. Com o uso do SISVAN, você poderá identificar os marcadores de consumo alimentar e os fatores de risco para as doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Esses dados são ainda mais úteis para a organização das ações em saúde para os indivíduos pertencentes a populações em condições de vulnerabilidade social, incluindo aquelas famílias que estão cadastradas em programas de



transferência de renda. Outros sistemas de informação são úteis para o registro e análise das informações para o diagnóstico e acompanhamento dos agravos alimentares e nutricionais, como o e-SUS AB, e o sistema de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família ou outros programas municipais de registro e acompanhamento, como os prontuários eletrônicos.



A sua equipe de saúde ou o NASF-AB utilizam o SISVAN para o planejamento das ações em alimentação e nutrição? Quais os profissionais que incluem as informações no sistema de informação e em que momento é realizada essa função?

Apesar de o SISVAN ser uma ótima ferramenta para a organização dos dados para o diagnóstico nutricional, sabemos que apenas dados do indivíduo não são suficientes para construir a história natural de uma doença multifatorial e determinada socialmente. Por isso, os dados coletados durante a territorialização serão agrupados com os dados coletados na consulta

individual. E, finalmente, você e sua equipe poderão concluir um diagnóstico nutricional completo para o planejamento do tratamento individual.

Da mesma forma, o conjunto de dados coletados em consultas individuais podem gerar um relatório e constar no diagnóstico do grupo populacional para um planejamento de atividades coletivas.

O passo seguinte ao diagnóstico nutricional é a construção de fluxos de atendimento e atividades para cada caso. A construção de protocolos de atendimento para indivíduos em risco de sobrepeso e obesidade e em tratamento ou acompanhamento é uma etapa do plano de ação – eles formalizarão e uniformizarão os procedimentos para toda a equipe. O protocolo pode ser construído coletivamente em reuniões de equipe, com o apoio matricial de outros profissionais, como das áreas de nutrição, educação física, psicologia ou especialidades médicas como psiquiatria e pediatria, por exemplo.

Caso o seu município disponibilize protocolos de atenção, verifique a existência de algum específico para indivíduos com sobrepeso e obesidade ou, ainda, o protocolo pode ser adaptado de uma versão já utilizada

por outra equipe ou por outro município.



Existe um fluxo definido para os indivíduos com sobrepeso e obesidade na sua unidade de saúde? Quais os possíveis caminhos que o indivíduo poderia percorrer para o atendimento de suas necessidades de saúde? Todos os profissionais da equipe compartilham da mesma opinião quanto ao fluxo de atendimento?

O planejamento envolve o monitoramento das atividades e a verificação do alcance das metas e dos objetivos. Você realizará o monitoramento clínico dos indivíduos em atendimento para o controle do sobrepeso e da obesidade, no entanto, também deve ser pensado um monitoramento das atividades de prevenção e atividades coletivas realizadas pelos profissionais de saúde.



Lembre-se de que os indicadores devem ser definidos por você e sua equipe a partir das metas e dos objetivos traçados no planejamento.

Nesta unidade você conheceu o conceito de planejamento e a vertente do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Entendeu como planejar e executar atividades segundo os momentos do PES e traduzi-las para o tema de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.

Percebemos que o planejamento é um aliado para o trabalho em saúde em situações complexas como é o cuidado ao indivíduo com sobrepeso e obesidade. O conhecimento da situação atual, a partir de informações com qualidade e atualizadas é a base para um bom planejamento e execução de atividades, bem como a adequação do plano de ação à sua realidade de trabalho, no momento de análise da viabilidade.

Por fim, vimos como os protocolos são ferramentas do planejamento para o atendimento do indivíduo ou de um grupo de indivíduos e que o monitoramento das atividades garante o sucesso do plano de ação.

Obesidade

UN 2

PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO NUTRICIONAL

Esta unidade abordará as especificidades do processo de trabalho, incluindo o trabalho intersetorial e multidisciplinar, as atribuições das equipes de saúde, assim como as ferramentas tecnológicas disponíveis na atenção primária, com foco no direcionamento do processo de trabalho na prevenção e no controle do sobrepeso e da obesidade na APS.

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE

Aqui trabalharemos conceitos chave para a promoção e sustentabilidade das ações que envolvem a alimentação adequada e saudável e a prevenção e o controle do sobrepeso e da obesidade na atenção primária. Serão abordados o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, aspectos norteadores do processo de trabalho na

APS. Acompanhe.

2.1.1 Trabalho multiprofissional e interdisciplinar

Sem a pretensão de resgatarmos neste momento o intenso processo de criação do SUS, consideramos importante trazer à tona algumas ideias chave que devem nortear nossas reflexões. Dentre essas, destacamos que o SUS veio para nos fazer avançar em relação ao entendimento do processo saúde-doença e de como devemos lidar com ele. Sua constituição e consolidação, com todos os seus princípios doutrinários e organizativos, condiciona mudanças na rotina de trabalho dos profissionais da saúde, até então formados e habituados a lidar majoritariamente com aspectos biológicos, cada um de acordo com sua especialidade, expertises essas que foram se mostrando insuficientes para re-



solver problemas complexos, de múltiplas e desafiadoras origens, como as prevalências crescentes de sobrepeso e obesidade.

É então com o avanço da compreensão acerca da complexidade de determinados problemas que surge a necessidade da busca da interdisciplinaridade, que consiste na articulação de várias disciplinas tendo como foco um problema complexo, para o qual não basta a resposta de uma só área. Trata-se, portanto, de uma estratégia para compreender, planejar e atuar sobre temas e áreas complexas, dentre as quais a saúde se destaca (MINAYO, 2010). E para que a interdisciplinaridade funcione bem ela precisa que o trabalho multiprofissional seja real, efetivo e valorizado na atenção primária.



Qual a sua percepção sobre o a importância da atuação multiprofissional e da interdisciplinaridade? Como elas se traduzem no seu cotidiano? E da sua equipe? O que vocês precisam para melhorar a atuação multiprofissional e interdisciplinar? Como você avalia essa atuação multiprofissional e interdisciplinar para abordagem do sobrepeso e da obesidade?

2.1.2 Trabalho intersetorial

Considerando que as ações de alimentação e nutrição para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade no território devem contribuir para a promoção da saúde e para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, a intersetorialidade se apresenta como conceito chave, devendo permear desde o planejamento até a execução das ações em prol da melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2012a; UFSC, 2016).

A intersetorialidade é entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas, confira algumas delas a seguir (BRASIL, 2014a).

Vamos tentar traduzir a intersetorialidade

para uma situação comum nos serviços. Tomemos como exemplo a população escolar, que também tem mostrado elevação nos percentuais de sobrepeso e obesidade. Na prática, muitas vezes ocorre de os setores educação e saúde coletarem dados relativos ao estado nutricional de estudantes sem que esses dados interajam entre si. Observamos com frequência uma duplicidade na coleta desses dados, levando, muitas vezes, a uma sobrecarga dos profissionais e à realização de intervenções desnecessárias com essa população. Além disso, a falta de comunicação entre os setores limita a discussão e as possibilidades de ações que atuem sobre as causas do perfil nutricional dos estudantes e das ações para a promoção da saúde e da alimentação saudável (UFSC, 2016).





REFLEXÃO

Pensando no seu espaço de atuação, como agir e como incentivar ações intersetoriais? Você considera que os profissionais atuam de forma vinculada e integrada a outros setores? Como isso ocorre? Há diálogo e pactuação de agendas integradas?

Neste caso, a realização da vigilância alimentar e nutricional, que contempla, entre outras ações, a coleta, inserção e análise de dados de antropometria e marcadores alimentares no SISVAN para posterior intervenção, poderia contribuir para o planejamento conjunto do setor saúde e da educação e para a implementação das ações locais de alimentação e nutrição, fortalecendo a intersectorialidade por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2012a).

Outro exemplo refere-se ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que visa contribuir com a SAN dessa população por meio da oferta de uma alimentação adequada. Além da oferta alimentar, o PNAE visa à formação de bons hábitos alimentares, por meio de ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), devendo envolver uma série de atores e profissionais para a promoção da saúde no ambiente escolar.

Importante lembrar que a gestão do PNAE em nível municipal é de responsabilidade da Secretaria de Educação, mas, para alcançar seus objetivos, esse setor precisa de apoio de outros setores, como a saúde, a agricultura e a assistência social.

Embora reconheçamos que ainda existem muitos desafios para a efetivação de práticas intersetoriais, é consenso que as ações de alimentação e nutrição para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade exigem que ultrapassemos as ações fragmentadas.



SAIBA +

Para colocar em prática as ações de vigilância alimentar e nutricional é necessário estabelecer com a equipe o fluxo de atividades que serão incorporadas como rotina. Você pode obter material de apoio para a implementação e o fortalecimento do SISVAN neste endereço: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan>>.

Para aprofundar seus conhecimentos acerca da intersectorialidade e suas potencialidades, leia a Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios, disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf>.

2.1.3 Processo de trabalho na atenção primária

Escutamos muito que a atenção primária deve ser o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, não é mesmo? Isso porque sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população a torna local privilegiado para as ações de promoção da saúde, incluindo aquelas de controle ao sobrepeso e à obesidade. Neste sentido, a APS é considerada a ordenadora das ações de saúde e, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como base a atenção integral à saúde, com vínculo de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, conforme abordamos acima (FONTANA et al. 2016; SHIMIZU; JUNIOR, 2012). Vale destacar que a criação dos NASF-AB possibilitou avançarmos para a interdisciplinaridade, qualificando muito a atenção à saúde. Entretanto, para que isso ocorra efetivamente, precisamos ter em mente que uma das diretrizes chave de trabalho utilizadas em muitas situações na atenção primária refere-se à atuação intersectorial. Como você percebe, tudo está interligado.

Vamos traduzir esses conceitos para a nossa prática, utilizando as ferramentas adequadas. Acompanhe.

2.2 FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA APS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

Confira, a seguir, algumas ferramentas tecnológicas utilizadas na APS para prevenção e controle do excesso de peso, como a importância de se obter informação e ter reconhecimento do território, o Projeto de Saúde no Território (PST), o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a pactuação do apoio.

2.2.1 Informação e reconhecimento do território

A territorialização constitui-se em elemento chave para a organização e o planejamento em saúde. Entretanto, temos vivenciado um preocupante declínio nas práticas de território e/ou, observado que, muitas vezes, esse processo tem acontecido sob demanda, de

forma fragmentada ou mecanizada, sem que lancemos sobre o mesmo um olhar crítico e qualificado (SANTOS; RIGOTTO, 2010).



Para você, existe relação entre o espaço territorial e as ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade? Ou, ainda, existe relação entre o ambiente onde moramos e a promoção da alimentação adequada e saudável? Você tem ponderado a questão territorial na sua conduta profissional? Ou tem se detido aos atendimentos e demandas urgentes?

Pois bem, a depender das suas reflexões, o caminho será distinto. Contudo, para seguir na caminhada tendo como base os princípios norteadores do SUS, precisamos resgatar que a territorialização possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência (SANTOS; RIGOTTO, 2010), sendo esse diagnóstico essencial para o desenvolvimento das ações integradas, interdisciplinares e intersetoriais vistas nos itens anteriores.

Vamos exemplificar.

Em reunião de matriciamento com a ESF e o NASF-AB, você se depara com a discussão sobre a família Santos, assim composta: pai com excesso de peso e hipertensão associada; mãe com obesidade mórbida; filho em idade escolar com sobrepeso e diabetes associado (e relatos de que vem sofrendo bullying e não quer mais frequentar a escola); e uma criança de três anos, com sobrepeso (cuidada pela avó, também obesa).

Ao escutar os relatos da equipe, você percebe que, para alguns dos presentes na reunião, esse não parece ser um quadro de preocupação ou, ao menos, de causar estranheza. Todavia, alguns profissionais seguem discutindo e buscando mais informações sobre o contexto familiar daquela família, especialmente o nutricionista e o profissional de educação física. Descubram com os agentes comunitários que a família mora numa região de morro, de alta precariedade e vulnerabilidade social e, portanto, de acesso bastante dificultado e distante da UBS.

Há alguns anos, a mãe com obesidade mórbida recebia com mais frequência atendimentos domiciliares; mas, nos últimos anos, o entorno da casa da família

creceu de forma muito desordenada, o que dificultou ainda mais a chegada de profissionais.

As informações sobre a alimentação da família estavam desatualizadas; mas, até onde se sabia, a família tinha dificuldade de acesso a alimentos, física e financeiramente, e tinha como base o consumo de alimentos prontos para o consumo e industrializados, como macarrão instantâneo, biscoitos, sucos em pó e refrigerantes.

Aparentemente, a família não estava cadastrada em programa de transferência de renda, embora a equipe soubesse que se enquadrava nos critérios para inclusão. Quanto ao padrão alimentar relatado, é um perfil semelhante ao da vizinhança.



Qual a sua percepção inicial sobre o caso? Você se colocaria como corresponsável por aquele contexto, buscando estratégias que pudessem amenizar e melhorar a qualidade de vida e da alimentação daquela família?

Retomando a nossa discussão sobre a territorialização, queremos frisar que existem alguns elementos que, quando pre-

sentes ou ausentes no território, influenciam direta ou indiretamente os modos de vida, alimentação e nutrição da comunidade, e certamente as prevalências de sobrepeso e obesidade e outras doenças. Não pretendemos aqui esgotar esses elementos, mas alguns devem ser pontuados, pois podem qualificar nossa conduta e encaminhamento dos casos, a saber:

- condições de saneamento básico, habitação e locomoção pelo território;
- presença de associações e instituições comunitárias, como associações de agricultores, pescadores e instituições de saúde, educação, assistência social;
- existência de espaços, instituições e estabelecimentos que contribuam mais diretamente com a garantia do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional e com as práticas de atividades físicas, com destaque para a presença de equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional (EPSAN), como os restaurantes populares, cozinhas comunitárias e bancos de alimentos. Também devemos observar se existem hortas, feiras, mercados, restaurantes

em geral, bares e lanchonetes, padarias, indústrias de alimentos, academias públicas, ciclovias, grupos de promoção da saúde, dentre outros (UFSC, 2016).

A partir dos itens apontados acima, as equipes de saúde devem discutir sobre os temas, conhecer as opções de educação permanente, propor fluxos para o cuidado e assistência prestados aos usuários com excesso de peso e obesidade e a viabilidade de implantação no processo de trabalho.

Pretendemos retomar a necessidade de aliamos nossas práticas, sejam elas individuais ou coletivas, aos condicionantes territoriais que precisam também de nosso conhecimento e atuação. Assim, destaca-se a necessidade do olhar ampliado, sensível e vigilante que se espera de você, profissional da saúde. Uma estratégia interessante seria a equipe elaborar um instrumento para direcionar esse olhar no território, que possa ser facilmente utilizado pelos agentes comunitários de saúde ou pelos profissionais ao realizarem visitas domiciliares. Tal ferramenta deve possibilitar o diagnóstico da situação atual, levando à identificação das ações prioritárias de promoção da

alimentação adequada e saudável e prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade no território (UFSC, 2016).

Ressalta-se ainda a importância da apresentação e discussão dessas questões em espaços distintos, como nas reuniões de equipes, do conselho local/municipal de saúde, com outras instituições do território, com a vigilância sanitária, ONGs, entidades de assistência técnica e extensão rural, com o prefeito e demais gestores relacionados.



Existem ofertas de cuidado específicas para as pessoas com sobrepeso e obesidade no seu território? Como são desenvolvidas? Há serviços, profissionais envolvidos, técnicas e abordagens utilizadas? As estruturas físicas e de equipamentos são adequados para pessoas obesas? Se não existem, que tal pautá-las na próxima reunião de planejamento da UBS?

2.2.2 Projeto de Saúde no Território (PST)

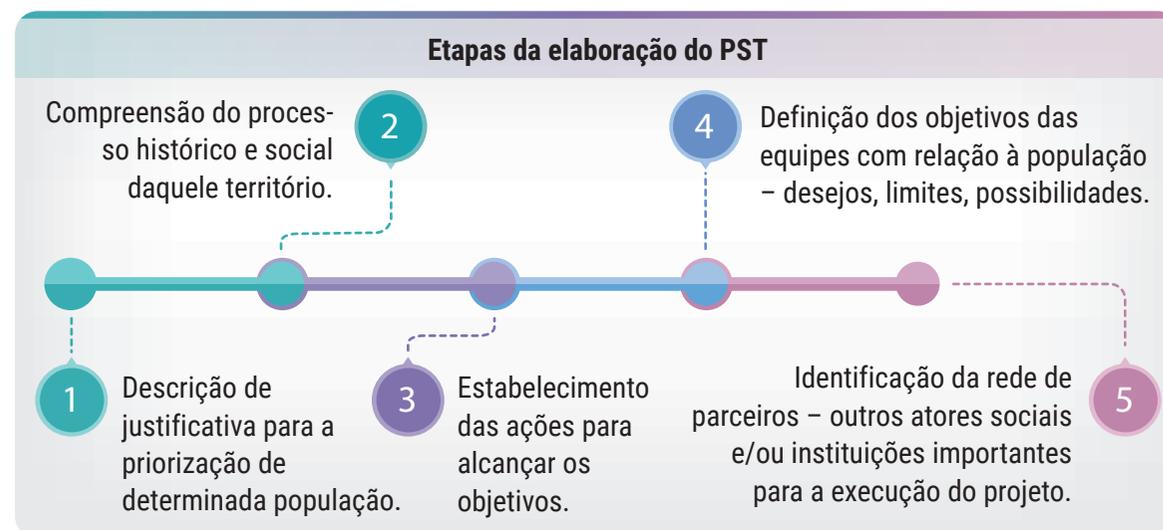
Agora que relembremos a importância do cuidadoso olhar territorial para a promoção da saúde e prevenção e controle

do sobrepeso e da obesidade na APS, vamos conversar sobre uma ferramenta chave para a organização e articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, visando a qualidade de vida e autonomia dos sujeitos e das comunidades do território (BRASIL, 2010). Estamos falando do Projeto de Saúde no Território (PST)!

O PST é a primeira ferramenta tecnológica do NASF-AB, ou seja, é a partir dela se deve iniciar o processo de implantação do NASF-AB na atenção primária de um município. Mas, como elaborar este projeto? Iniciar pela identificação de uma situação problema, que

deve ser baseada na análise da situação em saúde da população do território.

Como exemplo, pense na alta prevalência de adolescentes com sobrepeso e obesidade identificados nas ações realizadas pelo Programa Saúde na Escola, que envolve profissionais da educação e das equipes de saúde. Feita essa identificação, as equipes de saúde da família e os profissionais do NASF-AB devem discutir os dados e as informações acerca da população em questão e proceder com a elaboração do PST, por meio das etapas a seguir (BRASIL, 2010).



Fonte: BRASIL, 2010.

E quem executa e acompanha o PST? O sucesso do projeto dependerá do envolvimento de cada profissional que compõe a equipe de saúde da família, do NASF-AB e, obviamente, dos parceiros. Assim, a sua participação e engajamento são fundamentais. Lembre-se que o trabalho multiprofissional em equipe é o mais efetivo para mobilizar parceiros e criar uma rede de apoio e sustentação do PST. O PST deve estimular a prática do planejamento e da avaliação em saúde, tendo como base a união dos diversos setores e do poder público e o diálogo sobre questões inerentes aos modos e às condições de vida da população.

Tendo isso em mente, destaca-se a importância do planejamento e da avaliação das ações quando pensamos na elaboração de projetos em saúde. Nessa linha, recomendamos que você se aproxime dos principais instrumentos de planejamento e gestão do seu município, como: Plano Municipal de Saúde, de Educação, de Segurança Alimentar e Nutricional, relatórios de gestão da saúde, Plano Diretor da Cidade, Projeto Político-Pedagógico das Escolas presentes no seu território, entre outros.



Quanto à estratégia apresentada, o que já foi feito ou seria possível fazer no contexto da sua realidade? Promova esse debate com sua equipe! Quais os potenciais parceiros para o exemplo dos adolescentes relatados anteriormente? Qual seria o seu papel para efetivar esse projeto? Quais as principais dificuldades dos profissionais das equipes de saúde da família para ofertar cuidados aos usuários com sobrepeso e obesidade e como os profissionais do NASF podem contribuir para superação delas?

2.2.3 Apoio matricial

O apoio matricial é a principal ferramenta tecnológica no trabalho do NASF-AB e outros formatos de grupos de especialistas que contribuem com o aumento da resolutividade da APS, sendo reconhecida como uma estratégia chave para integração destes profissionais às equipes da saúde da família por meio do compartilhamento dos problemas do território, troca de saberes e práticas e corresponsabilização pelas condutas e intervenções, considerando-se as respon-

sabilidades comuns e específicas de cada núcleo de conhecimento (BRASIL, 2014a).

Desta maneira, o matriciamento deve acontecer com equipes compostas por diferentes categorias profissionais, de distintas áreas de conhecimento, compondo duas dimensões. Veja a seguir.

O matriciamento deve ser composto por duas diferentes categorias profissionais:

A assistencial, com a oferta de ações realizadas diretamente pelos profissionais de apoio após pactuação com as equipes de referência pelo cuidado.



A técnico-pedagógica, que busca desenvolver educação permanente por meio de ações compartilhadas e da efetivação de discussões conjuntas de casos e temas.



REFLEXÃO

Como você pode aproveitar o apoio matricial para a prevenção e o controle do sobrepeso e da obesidade? A sua equipe entende o potencial dessa ferramenta para lidar com situações complexas como essa?

Considerando que nosso foco neste momento consiste no controle e prevenção do sobrepeso e da obesidade, faz-se necessário que você e sua equipe possam desenvolver ações efetivas de promoção da saúde, em especial para a alimentação adequada e saudável e a prática da atividade física, com destaque para a formação dos profissionais.

Algumas experiências têm apontado para a realização do matriciamento no formato de reuniões mensais de trabalho conduzidas pelos profissionais do NASF-AB com cada equipe de saúde da família, com discussões de casos e temas específicos. Nessas reuniões, os agentes comunitários de saúde e demais envolvidos trazem as demandas, as quais são discutidas e pensadas com profissionais de diversos campos do saber. A ideia é que desses encontros resulte o fluxo de atividades daquele mês (ações pactuadas e

envolvidos/responsáveis). Mas lembre que, para que o apoio matricial seja realizado, não é necessária a presença de todos os profissionais em todos os momentos.

Nessa linha, seguem alguns exemplos de matriciamento que podem ser realizados para lidar com as questões relativas ao sobrepeso e à obesidade:

- discussão de caso entre o nutricionista e o enfermeiro;
 - atendimento compartilhado entre o nutricionista e o médico;
- atendimento individual de um usuário após discussão e pactuação com a equipe de saúde da família (UFSC, 2016).

Dentre as possíveis ações resultantes das reuniões de matriciamento, uma pode ser a realização de uma roda de conversa sobre gordofobia, por exemplo.



REFLEXÃO

Você já ouviu falar em gordofobia? Considera importante essa discussão na atenção primária?

De modo simplificado, a gordofobia pode ser definida como o preconceito ou a intolerância vivenciada por pessoas gordas.

E algo que muito nos preocupa são os relatos de usuários considerados obesos, os quais indicam que os profissionais da saúde são uma fonte importante de preconceito (SILVA; CANTISANI, 2018). Caso essa discussão seja nova para você, talvez seja o momento de se aproximar dela.

Ao realizar o atendimento individual com um indivíduo com obesidade e outras doenças associadas, devemos tentar nos aproximar e entender os fatores que interferem no hábito alimentar, evitando que nossa primeira reação seja eventualmente culpabilizar o indivíduo.



O relato do alto consumo de alimentos ultraprocessados, reconhecidamente associados à obesidade, em detrimento dos alimentos in natura e minimamente processados, pode ter relação com as condições econômicas e de acesso a uma alimentação adequada, e a construção do vínculo, modificação de comportamentos e mudança da realidade são facilitadas quando o profissional da saúde se inclui como um dos responsáveis pela garantia do direito à alimentação daquele indivíduo.

Voltando às possibilidades de ações pactuadas via matriciamento, outra sugestão pode ser uma apresentação e debate sobre pontos do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b), conduzida pelo nutricionista do NASF-AB. Ou, também, a identificação e o mapeamento dos locais que comercializam alimentos in natura e

minimamente processados no território, incluindo feiras, inclusive direto do agricultor familiar e hortas comunitárias, se existentes. Essas e outras ações podem demandar o envolvimento de mais atores, a exemplo de professores e estudantes vinculados à sua unidade de saúde.

E já que estamos pensando em ações para promoção da alimentação adequada e saudável, precisamos planejá-las considerando as diretrizes, fundamentos e concepções trazidas pelo Guia Alimentar da População Brasileira e à luz do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas, que destaca o papel da EAN em promover uma agenda de alimentação e nutrição multidisciplinar e intersetorial, ampliando um campo comum de reflexão sobre a saúde (BRASIL, 2012b).

Sendo a EAN uma estratégia para a preven-

ção e o controle dos agravos alimentares e nutricionais, ela enfoca os problemas cotidianos da população, contribuindo, assim, para abordagens relacionadas com a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, as quais podem incluir valorização e fortalecimento de hábitos regionais e incentivo ao consumo de alimentos saudáveis (BRASIL, 2012b). A EAN, portanto, tem o potencial de dialogar intersetorial e multidisciplinarmente, pressupondo um envolvimento das equipes da saúde da família e do NASF-AB na comunidade (FITTIPALDI et al., 2017).



Visando qualificar a agenda da alimentação e nutrição junto aos setores governamentais e à sociedade civil, o Brasil publicou em 2012 o “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para Políticas Públicas”, que aponta a EAN como estratégia fundamental para a prevenção e o controle dos problemas alimentares e nutricionais da população, como o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2012b). Clique no link a seguir para fazer o download do texto do marco:
<<https://www.cfn.org.br/index.php/biblioteca/marco-de-referencia-de-educacao-alimentar-e-nutricional/>>.



2.2.4 Clínica ampliada

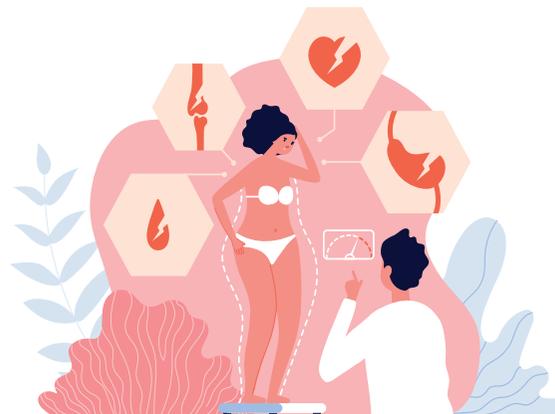
Outra ferramenta importante para o bom desempenho das equipes de saúde da família e NASF-AB se refere à clínica ampliada, compreendida como um momento de cuidado e escuta atenta e qualificada que, por sua vez, favorece um atendimento clínico para além de fragmentos, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos diferentes saberes. Trata-se do olhar de cada área de formação, colocado em reunião, sobre os diagnósticos, sintomas e prognósticos (BRASIL, 2010). Assim, pode constituir momento oportuno para as definições das ações de promoção da alimentação adequada e saudável e, conseqüente, prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.

Vamos imaginar que você atendeu um indivíduo com obesidade pela primeira vez e, ao buscar seu prontuário, identificou somente informações relacionadas ao histórico de peso e medicações para controle de outras doenças crônicas associadas. Você também verifica que esse indivíduo está vinculado à equipe há bastante tempo e encontra-se desmotivado no momento da sua consulta.



Você seguiria com a conduta até então predominante, ou se perguntaria, por exemplo, se a pessoa está deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada, se conta com uma rede de apoio, se tem condições de escolha e preparo das refeições?

É preciso que tenhamos em mente que as reflexões acima interferem, diretamente, no desenvolvimento da doença. O caso do indivíduo em questão deve ser discutido em reunião de equipe, a partir da clínica ampliada, para que os profissionais, em conjunto, definam diagnósticos e condutas mais apropriadas ao caso. Neste momento, a discussão sobre a promoção da alimentação



adequada poderá ser disseminada entre os profissionais e utilizada em outras situações.

2.2.5 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é recomendado para situações clínicas mais complexas. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas destinadas a um indivíduo ou grupo populacional, sendo elaborado e discutido a partir de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial da equipe NASF-AB. Envolve quatro momentos essenciais: o diagnóstico, a definição das metas, a divisão de responsabilidades e as reavaliações (BRASIL, 2010).

Para refletirmos sobre o PTS, voltaremos a falar sobre a família Santos, aquela família que apresentamos a você quando falamos sobre território. Vamos refrescar a memória: a família em questão apresenta o pai com excesso de peso e hipertensão e a mãe com obesidade mórbida e várias comorbidades. Eles possuem um filho em idade escolar com sobrepeso e diabetes associado (e relatos de que vem sofrendo bullying e não quer mais frequentar a escola) e uma criança de três anos, igualmente com sobrepeso, cuidada

pela avó, também obesa. As equipes de saúde da família e NASF-AB têm conversado sobre essa família e reconhecem a dificuldade de acessá-la e de encontrarem terapêuticas apropriadas. Em consenso, percebem que precisam de um plano de atuação melhor estruturado para que possam, em conjunto, propiciar melhorias na qualidade de vida dessa família, que nitidamente está em sofrimento e em isolamento social. E aí se dão conta de que a ferramenta apropriada para o caso é o PTS!



A sua equipe trabalha com PTS? Para quais casos esses projetos são pensados? A sua experiência pode ajudar na elaboração e implementação de projetos dessa natureza? Se a equipe ainda não realizou um PTS, que tal você levar essa ideia?

Para o caso em questão, a construção do PTS iniciou nas reuniões de matriciamento das equipes, quando se discutia a situação daquela família por meio de informações-chaves trazidas pelo agente comunitário de saúde e, também, resultantes das visitas domiciliares e das clínicas ampliadas já



realizadas com membros da família. Com base nisso, foi realizado o diagnóstico da situação familiar, sendo listados os problemas relacionados à saúde de cada membro, além daqueles de ordem habitacional, econômica e social, incluindo hábitos de vida. A partir de então, foi possível desenvolver o PTS, que englobou ações gerais, para todos os familiares e, também, específicas, considerando as vulnerabilidades individuais prioritárias.

Recordando, o PTS demanda o envolvimento de toda a equipe, sendo todas as

opiniões importantes para ajudar a entender o indivíduo e/ou família com necessidades complexas de saúde.

Perceba que a construção do PTS demanda muita sensibilidade, discussão e pactuação por parte das equipes. Todavia, esse é um processo que traz grandes aprendizados e amadurecimento para os profissionais (BRASIL, 2017c).



Para ampliar seu leque de ferramentas e conhecimentos sobre o processo de trabalho dos NASF-AB junto às equipes de referência da APS no tocante aos cuidados em alimentação e nutrição, sugerimos a leitura do material “Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2017. O material traz experiências diversas vivenciadas em diferentes municípios do país. Dentre essas, destacamos a abordagem sobre a oferta da atenção integral à saúde do indivíduo com obesidade. Clique no link a seguir para acessar o material:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf

2.2.6 Pactuação do apoio

A pactuação do apoio é uma ferramenta de cogestão que deve manter-se em constante construção. Ela é coordenada pela gestão de saúde e delimitada em duas atividades: avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes e população, preferencialmente via conselho de saúde, e pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas (BRASIL, 2009).



Essa é uma atividade que deve ser rotineira e que não acontece automaticamente.

Assim, torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, pactuando metas e processo de trabalho, por meio da definição de:

- Objetivos a serem alcançados.
- Problemas prioritários a serem abordados.
- Critérios de encaminhamento ou

compartilhamento de casos.

- Critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores.
- Formas de explicitação e gerenciamento de conflitos (BRASIL, 2009).

Abordamos a última ferramenta tecnológica pensada para melhorar e potencializar o trabalho na APS. Você ficou confuso com as diferenças entre as ferramentas? Em alguns momentos parecem que elas se “misturam”? Caso você tenha essa sensação, fique tranquilo, pois estamos falando em processos, e processos não são definidos por meio de equações exatas e estritamente objetivas. Ao contrário, são os processos que constroem a rotina e o funcionamento dos nossos serviços e, muitas vezes, eles acontecem de maneira integrada e articulada, potencializando ações menores, fragmentadas e/ou isoladas.

Tendo isso em mente, podemos retomar ao foco deste módulo, e pensar em algumas ações e estratégias gerais, as quais poderiam ser utilizadas para prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.



Qual o papel da APS na prevenção e no tratamento do sobrepeso e da obesidade? Quais ideias vêm à sua mente para melhorar a oferta dos serviços voltados à prevenção e ao controle do excesso de peso no seu território? Quais as demandas de formação e educação permanente nessa temática? Como ocorre a articulação com serviços de atenção especializada para o cuidado dos usuários com obesidade grave? Como o NASF-AB participa?

Seguem abaixo algumas possibilidades, estratégias e ações que podem nortear o processo de trabalho das equipes no cuidado de indivíduos e grupos com sobrepeso e obesidade que, obviamente, deverão ser pensadas e adaptadas à realidade do seu território, conforme os profissionais e recursos disponíveis:

- Organizar grupo de trabalho com membros das equipes de saúde da família e NASF-AB para discutir o que podem fazer para implantar ou melhorar o acolhimento e as ofertas de cuidado aos usuários com excesso de peso nas diferentes fases do curso

da vida, desde a questão estrutural da UBS, os fluxos assistenciais, as demandas de apoio diagnóstico e terapêutico junto a outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município e/ou de outros da região, as parcerias intersetoriais nos territórios, entre outras questões.

- Conhecer e articular os equipamentos do território: saúde, educação, lazer, cultura, esporte e outros recursos da comunidade.
- Desenvolver, no seu território, as ações de vigilância em saúde e, em especial, fortalecer a vigilância alimentar e nutricional da população, por meio da correta implantação e utilização do SISVAN.
- Fomentar e participar de ações de educação permanente voltadas à promoção da saúde.
- Planejar e desenvolver grupos de promoção da saúde e alimentação adequada e grupos terapêuticos que envolvam temáticas como segurança alimentar e nutricional, gordofobia, alimentação saudável, vida saudável, nutrição, obesidade, comportamento

alimentar, transtornos psicológicos, reeducação alimentar, oficinas culinárias, hortas comunitárias.

- Realizar ações de Educação Alimentar e Nutricional baseadas nos princípios e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos também naquelas pactuadas nos Planos Municipais ou Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Desenvolver estratégias de comunicação sobre os riscos associados ao consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal.
- Mapear e utilizar publicações, campanhas e aplicativos já disponíveis para estimular a adoção de alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Caso necessário, desenvolver materiais educativos e de comunicação para promoção da alimentação adequada e saudável específicos ao território, por meio de diferentes formatos e mídias, tais como vídeos, cartilhas e spots, por exemplo.
- Mapear locais de comercialização de

alimentos in natura e minimamente processados.

- Planejar e se engajar em ações e estratégias que contribuam para a promoção da saúde nas escolas do território, envolvendo o ambiente escolar, sua comunidade e o entorno.
- Estimular a adesão e/ou o fortalecimento de ações ligadas ao Programa Saúde na Escola, que contempla ações de promoção, prevenção e assistência relacionadas ao sobrepeso e à obesidade.
- Estimular a utilização das academias de saúde, quando existentes e em boas condições de funcionamento.
- Estabelecer metas e indicadores para monitoramento contínuo das ações.



Quais das estratégias acima já estão pactuadas na sua unidade? Quais funcionam melhor? Quais podem ser estudadas e implementadas?

Ressaltamos que as possibilidades listadas não se esgotam aqui e deverão envolver uma ou mais (quicá todas) as ferramentas

de trabalho anteriormente apresentadas. Por exemplo, sua equipe poderá elaborar o PST, e dele resultar como ações prioritárias o desenvolvimento de clínicas ampliadas, matriciamento e, também, um PTS para lidar com casos mais complexos. Tudo isso precisa ser sustentado por informações consistentes acerca do seu território, e amplamente pactuadas por gestores, equipes e população. Sendo assim, a discussão coletiva e qualificada das ações a serem desenvolvidas pelos gestores e profissionais das equipes é fundamental, e você pode desempenhar papel importante nesse processo.

Nesta unidade, trabalhamos conceitos basilares para a concretização e sustentabilidade das ações de promoção da alimentação adequada e saudável na atenção primária, tendo como foco aquelas direcionadas à prevenção e ao controle do sobrepeso e da obesidade. Vimos que o trabalho intersetorial e multidisciplinar é fundamental, assim como o conhecimento e a adequada utilização das ferramentas tecnológicas, que podem qualificar ainda mais o processo de trabalho.

Buscamos contextualizar e sensibilizar

os distintos profissionais da saúde para a importância do desenvolvimento continuado de ações de promoção da alimentação adequada e saudável, as quais demandam uma atitude de vigilância e dependem do engajamento de atores qualificados, provenientes de diferentes segmentos. Elencamos possibilidades de avanços no campo, atreladas à necessidade de formação continuada.

Obesidade

UN 3 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL

Esta unidade apresenta a organização da atenção nutricional na APS para o controle e a prevenção do sobrepeso e a obesidade. Nesta etapa, vamos tratar das redes de atenção e da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO), enfatizando a necessidade de organização da atenção à pessoa com excesso de peso nos três níveis de atenção, com foco nas atribuições, responsabilidades e competências da APS.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto, é norteadas por nove diretrizes, que indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito. A primeira dessas diretrizes é justamente a organização da atenção nutricional (BRASIL, 2013a).

A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às

demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2013a).



Mas por que é necessário organizar a atenção nutricional?

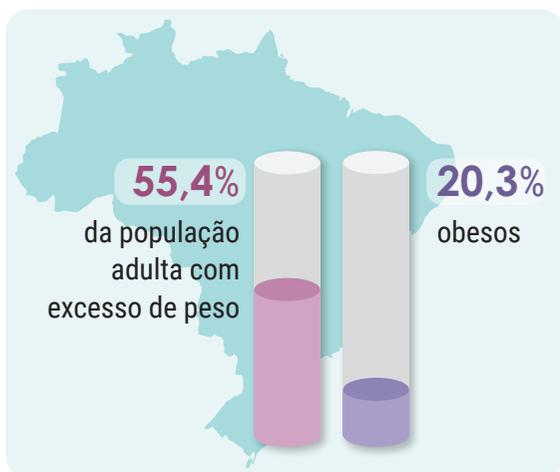
O Brasil mudou substancialmente nas últimas décadas, passando por profundas transformações no que se refere a geração de renda, estilos de vida e, especificamente, demandas nutricionais. Em todas as regiões geográficas do país houve um declínio na ocorrência da desnutrição, tanto em crianças quanto em adultos. Simultaneamente,



ocorreu o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Se considerarmos somente essa modificação de cenário, representada pela redução de casos de desnutrição e aumento de casos de obesidade, já fica mais claro o porquê da necessidade de organizar a atenção nutricional, certo? Afinal, a organização da atenção nutricional vai subsidiar e orientar as ações do SUS para que se tornem mais efetivas; portanto, é fundamental que as demandas prioritárias sejam identificadas.

Nesse sentido, dados do Vigitel Brasil 2019 apontam os seguintes números (BRASIL, 2020a):



Considerando que o excesso de peso representa um agravo à saúde de etiologia complexa, preconiza-se que o cuidado de indivíduos com essas condições seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS provêm cuidados que visam melhorar a atenção à saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível meso (serviços de saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de Saúde) (BRASIL, 2014a).

3.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL ÀS PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE NA RAS

Para a efetivação da organização da atenção nutricional às pessoas com sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. Recomenda-se realizar a VAN em todos os pontos de atenção da rede, desde a atenção primária até a atenção especializada (BRASIL, 2014a).

A organização da RAS, se deu por meio da Portaria nº 03, 28 de setembro de 2017, que

redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Dessa forma, pretende-se fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade por meio do cuidado integralidade e longitudinal, nos diversos equipamentos públicos e sociais (BRASIL, 2017b). Como veremos a seguir, a portaria define as atribuições de cada componente da RAS para a prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade.

3.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A atenção primária, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da RAS, garantindo assim o cuidado integral dos indivíduos (BRASIL, 2014a). Pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários. Nesse sentido, o primeiro passo para o processo de organização e gestão dos cuidados relativos

à alimentação e nutrição na RAS deverá ser o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2013a).



Você sabe quantas pessoas com sobrepeso e obesidade existem no seu território? É possível garantir o cuidado integral dos indivíduos sem que se conheça essa informação? Você sabe como fazer o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população?

A transposição desses desafios está na efetivação das ações de vigilância alimentar e nutricional. A VAN tem por objetivo a avaliação constante da situação alimentar e nutricional da população e, portanto, possibilita a avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida (BRASIL, 2013a).



É competência da APS realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que as ações de VAN na APS não precisam se limitar às UBS. Outros equipamentos e programas, como o Programa Saúde na Escola, Academias da Saúde e similares são espaços privilegiados para a identificação de indivíduos com excesso de peso, bem como apresentam potencial para a realização de práticas de promoção à saúde (BRASIL, 2014a).

Para o diagnóstico do estado nutricional deverão ser utilizados o SISVAN e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. Além disso, de modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de saúde da atenção primária incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional (BRASIL, 2013a).

Para o diagnóstico do estado nutricional recomenda-se que os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade, nas diferentes fases do curso da vida, devem seguir as mesmas referências adotadas pelo SISVAN (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2008).



Para relembrar os indicadores e instrumentos para a realização da avaliação e diagnóstico do estado nutricional, consulte as publicações do SISVAN acessando o link: <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>.

Além de realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade, também são competências da APS (BRASIL, 2017b):

- Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física.

- Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável.
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas.
- Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior do que 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC maior que 40 kg/m².
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar.
- Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção primária, incluindo os polos de Academia da Saúde.

Para que essas demandas sejam supridas, é necessário destacarmos dois pontos: a equipe multiprofissional e a infraestrutura.

Equipe multiprofissional

Na prevenção e no tratamento do sobrepeso e da obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande potencializador da resolutividade das equipes da APS, pois promove a ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos e permite uma melhor oferta de cuidados. Nesse sentido, as equipes de NASF-AB cumprem esse papel com as equipes de saúde da família, por se configurarem como equipes multiprofissionais (BRASIL, 2014a).

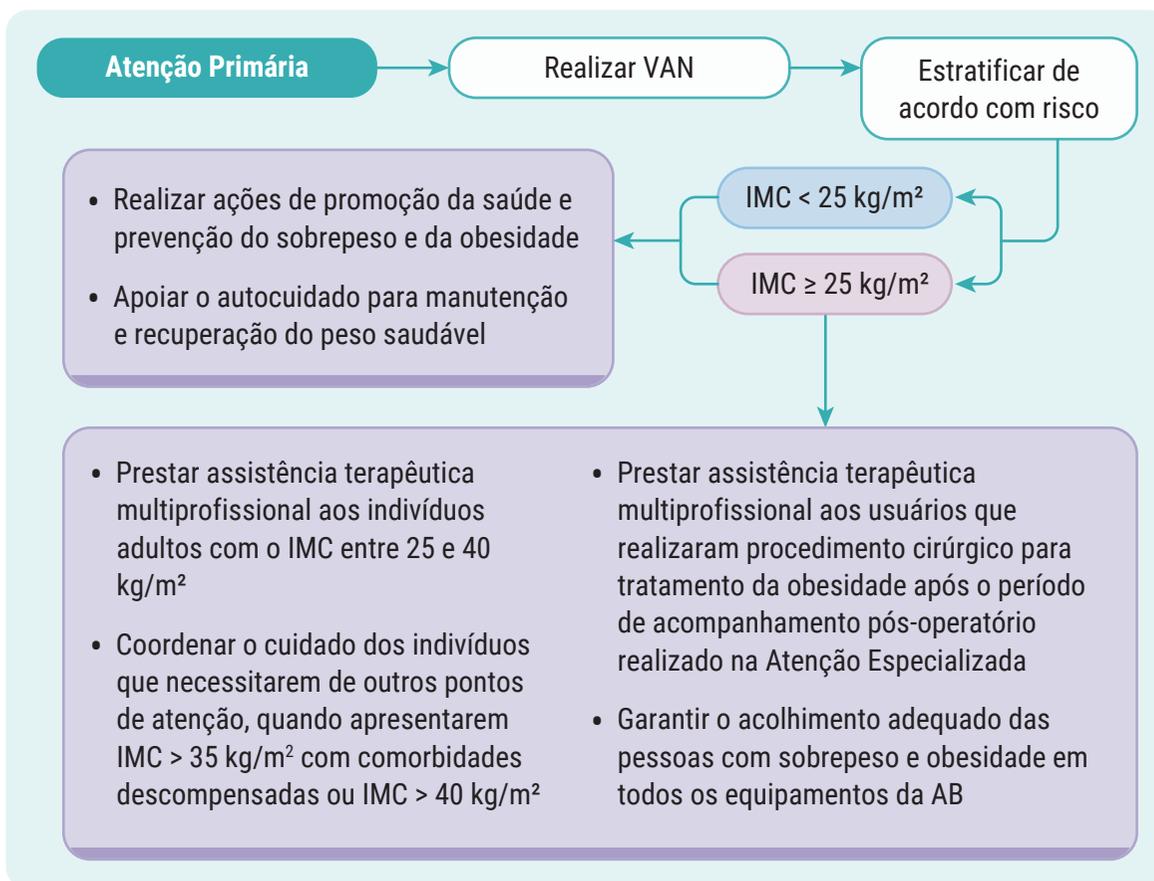
Infraestrutura

Aspectos relacionados à infraestrutura das UBS não podem ser menosprezados. Como realizar o diagnóstico do estado nutricional da população sem que os equipamentos/instrumentos adequados sejam garantidos? Para garantir que a atenção nutricional seja resolutiva no âmbito da APS, é necessário que as UBS tenham infraestrutura para acolher esses usuários, isso inclui elementos físicos, como rampas de acesso,



portas largas, cadeiras, macas e balanças com capacidade para mais de 200 kg, esfigmomanômetro, entre outros, além da oferta e acesso regular a exames solicitados, oferta de práticas integrativas e complementares, teleconsultoria, apoio matricial, articulação com demais pontos da RAS, entre outros (BRASIL, 2014a).

As atividades elencadas como competência da APS na atenção aos indivíduos com sobrepeso e obesidade estão apresentadas na forma de fluxograma no anexo a seguir, acompanhe.



3.1.2 Média e alta complexidade

Enquanto a atenção primária configura-se como o espaço fundamental para a prevenção e o tratamento da pessoa com sobrepeso e obesidade, a atenção especializada, que

compreende a atenção secundária e terciária, representa os instrumentos em que serão realizados procedimentos de maior densidade tecnológica e alto custo, e onde serão oferecidos cuidados aos casos mais complexos, de forma integrada à primeira (CONITEC, 2018).

A atenção especializada pode ser dividida em três subcomponentes (BRASIL, 2017b):

- Atenção ambulatorial especializada;
- Atenção hospitalar;
- Urgência e Emergência.

Atenção ambulatorial especializada

São competências da atenção ambulatorial especializada (BRASIL, 2017b):

- Prestar apoio matricial às equipes da APS, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde.
- Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC > 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC > 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS, de acordo com as demandas encaminhadas por meio da regulação.
- Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda por meio da regulação.
- Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.

- Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar.
- Organizar o retorno dos usuários à assistência na APS de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente.
- Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção primária, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Atenção hospitalar

Para a atenção em âmbito hospitalar a Portaria de Consolidação nº 3, de 2017, define as atribuições descritas a seguir (BRASIL, 2017b).

- Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais e protocolos locais de encaminhamentos e regulação.
- Organizar o acesso à cirurgia, consideran-

do e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.

- Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.
- Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.
- Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.
- Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na APS, de acordo com as diretrizes clínicas.
- Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção primária e/ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente

aos municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento.

Urgência e Emergência

No subcomponente Urgência e Emergência, as competências são (BRASIL, 2017b):

- Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e da obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

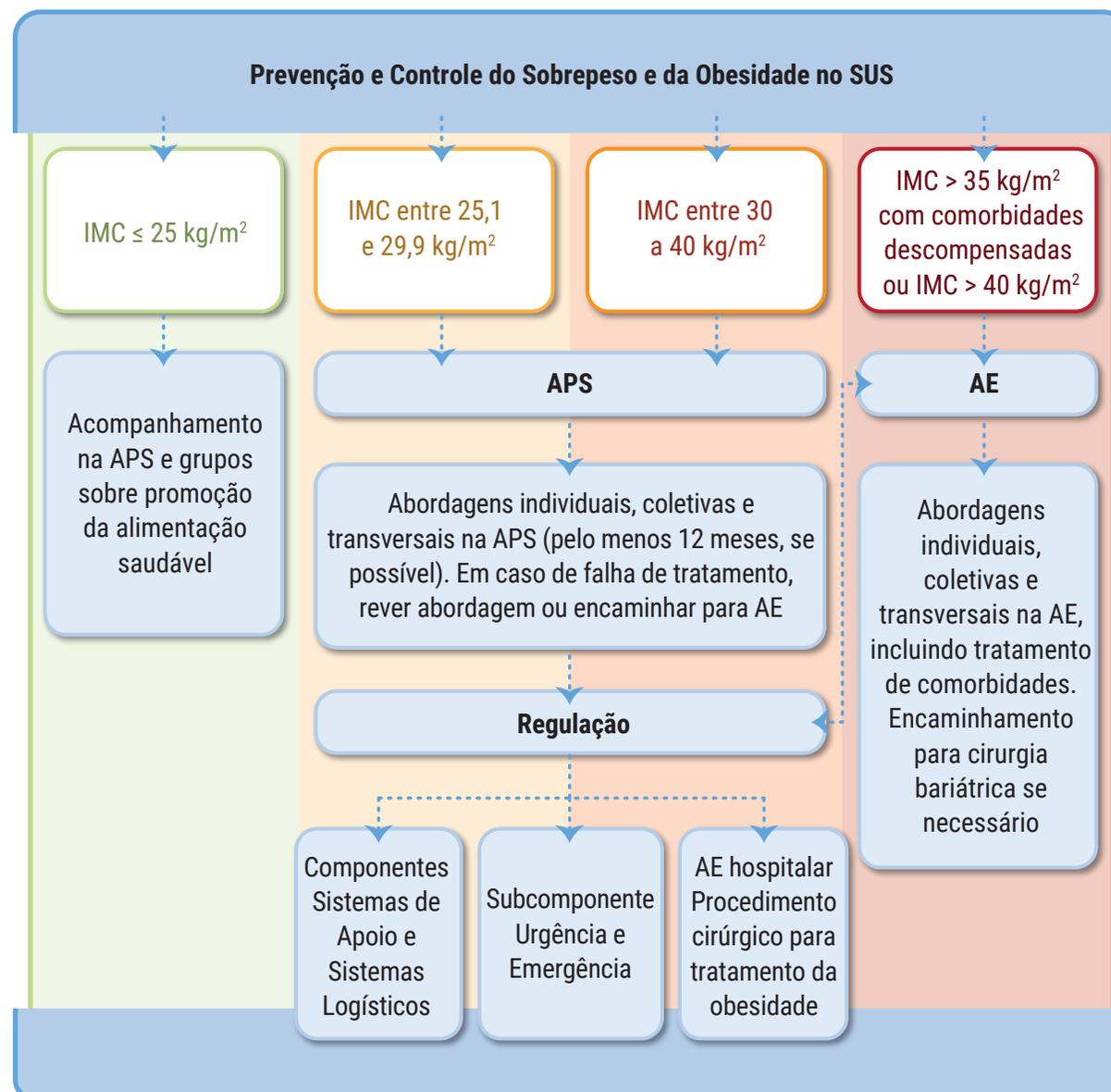


Você sabe quem são os indivíduos com indicação para procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade? Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, para conhecer mais, acesse o link: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>.

De forma transversal aos níveis de assistência, destaca-se que os sistemas de apoio e sistemas logísticos são imprescindíveis para que a atenção integral seja realizada. Dessa forma, deve-se garantir a realização de exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade; bem como garantir o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário (BRASIL, 2017b).

Com base na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, visando prevenção e controle de sobrepeso e obesidade no Brasil, o atendimento dos indivíduos deve seguir o fluxo, conforme o quadro a seguir.

Como pode ser identificado no quadro que representa o fluxo de atendimento do usuário na RAS, independentemente do ponto de atenção, os usuários devem ser diagnosticados e classificados de acordo com o risco nutricional. A atenção primária deve manter vínculo e prezar pelo acompanhamento de todos os usuários com sobrepeso e obesidade, mesmo daqueles que estejam sendo acompanhados em serviços de atenção especializada ambulatorial e/ou



Fonte: BRASIL, 2020d (adaptado).

hospitalar (BRASIL, 2015a). Quando esgotadas as possibilidades de ação na atenção primária, os usuários devem ser encaminhados para atenção especializada, onde deverão receber um cuidado mais especializado.

3.2 O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA APS

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido por Mendes (2012), foi concebido utilizando como base outros três modelos de atenção à saúde: o Modelo de Atenção Crônica (MCC), o Modelo da Pirâmide de Risco (MRP) e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Ao incorporar premissas desses outros modelos, o MACC teve o propósito de se adaptar às especificidades do SUS, que é um sistema de atenção à saúde público e universal (MENDES, 2012). Embora o MACC possa ser aplicado a diferentes espaços sociais, na presente unidade será considerada a sua aplicação na APS, acompanhe.

MACC incorporou premissas dos modelos:

1 Modelo de Atenção Crônica (MCC)

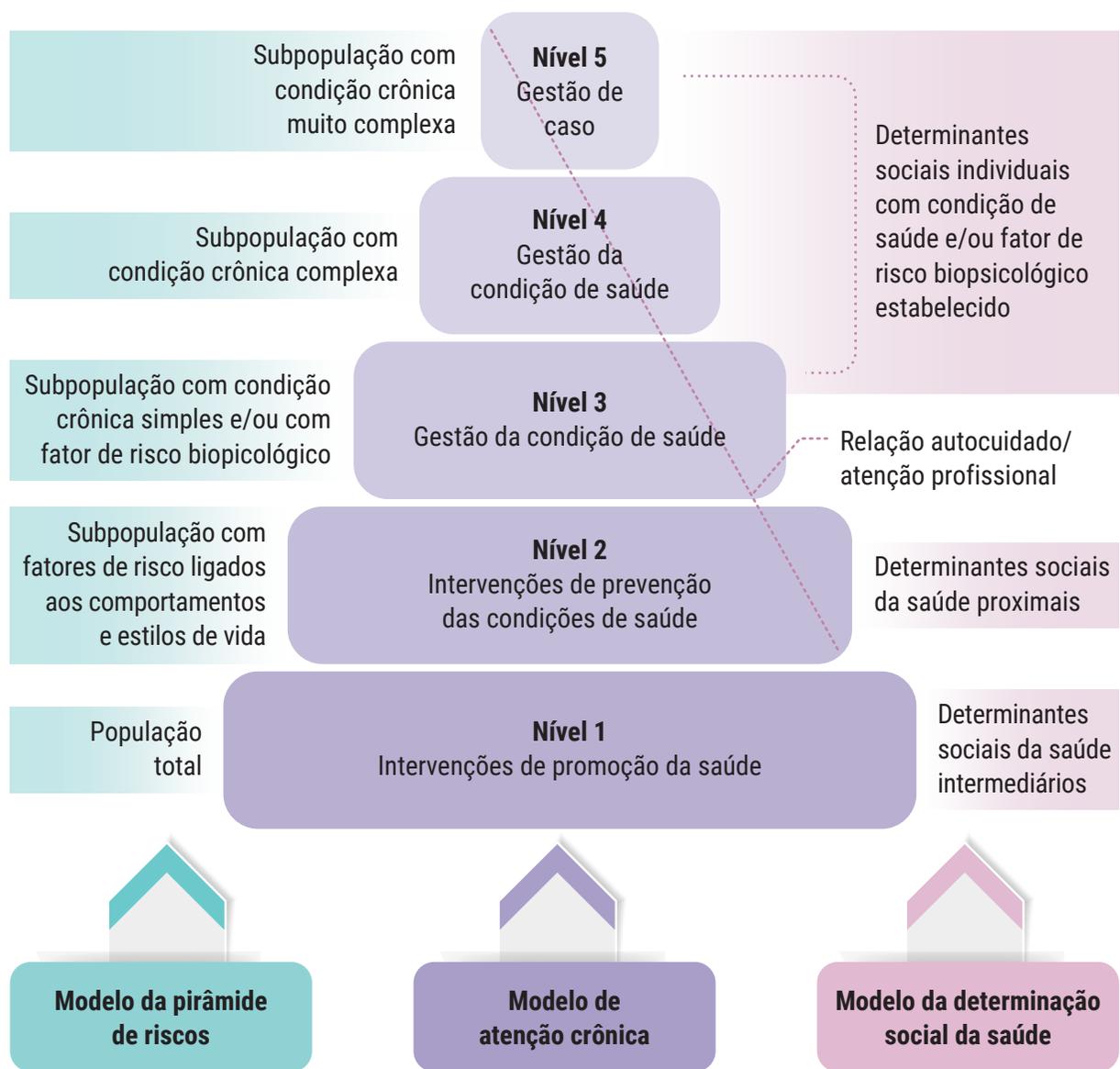
2 Modelo da Pirâmide de Risco (MRP)

3 Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

3.2.1 Organização do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Conforme mencionado, o MACC é um modelo teórico elaborado a partir da integração de conceitos de outros três modelos. A base, representada pelo centro do modelo gráfico, do MACC é o MCC e

estratifica os níveis das intervenções em cinco categorias. Para que o modelo fosse adequado ao SUS, e assim levasse em consideração suas características de gestão de base populacional, foi necessária a incorporação da estratificação da população segundo riscos, modelo MRP. Além do mais, considerando que o SUS opera a partir de uma perspectiva ampla de saúde, foi fundamental a incorporação de elementos de determinação social da saúde, a partir do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (MENDES, 2012). Graficamente, o MACC está representado na representação a seguir.



Fonte: MENDES, 2012.

O MACC, graficamente demonstrado na figura anterior, deve ser lido em três colunas:

- Coluna da esquerda: refere-se à população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos.
- Coluna do meio: diz respeito aos níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.
- Coluna da direita: representa os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais.

3.2.2 Níveis de estratificação e tipos de intervenção

O MACC determina o tipo de intervenção que deverá ser realizada de acordo com o estrato de risco da população. Para tanto, é fundamental que os profissionais conheçam a população, bem como a divisão em subpopulações, que é atendida no âmbito da ESF.



Você conhece a população que está adstrita à sua responsabilidade? Como você, em seu campo de atuação, pode contribuir para o fortalecimento do vínculo entre a ESF e essa população?

Então, nesse contexto proposto pelo MACC, como são definidos os estratos de risco da população?

Conforme apresentado na figura anterior, o lado esquerdo corresponde à população total e suas subpopulações e devem ser registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo. Confira.

E quais são os determinantes sociais da saúde? No modelo de Mendes (2012), o lado direito da figura corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

- No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da ESF, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho. Exemplos: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais, etc.
- No nível 2 estão os determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potencializados pelos determinantes sociais intermediários e distais. A alimentação inadequada, o tabagismo, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool são exemplos importantes de determinantes proximais. Uma pesquisa realizada por Malta et al. (2017) investigou, nas

Nível

1

População total e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários.

2

Subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais) – como exemplo, subpopulações de pessoas com sobrepeso, alimentação inadequada, fisicamente inativas e outros.

3

Subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos.

4

Subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos.

5

Subpopulações de condições de saúde muito complexas.

27 Unidades Federativas do Brasil, a contribuição de 79 fatores de risco para o desenvolvimento de doenças. A dieta inadequada foi a principal causa de DALY (Disability Adjusted Life of Years - Anos de Vida Perdidos por Incapacidade), um indicador que mede simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos.

- A partir do nível 3 estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros.

O que são as intervenções de saúde? No meio da figura que representa o modelo de Mendes (2012) estão as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

- No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. Nesse nível a intervenção é por meio

de projetos intersetoriais.

- No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde.



Perceba que nos níveis 1 e 2 ainda não há condição de saúde (ou de doença) estabelecida. Nesse sentido, que ações e projetos você poderia realizar nesses níveis, como foco na promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade?

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais envolvem mudanças de comportamentos e de estilos de vida das pessoas. Isso representa um grande desafio! Mudanças de comportamento e de estilo de vida são decisões pessoais. No entanto, podem ser apoiadas por uma equipe de saúde bem preparada. Para impulsionar essas mudanças, é importante que você saiba que não basta informar o indivíduo sobre os benefícios da mudança: é necessário instrumentalizá-lo sobre como mudar.

A partir do nível 3 as intervenções são predominantemente clínicas, operadas por

tecnologias de gestão da clínica. Nesse nível de intervenção, são incluídas subpopulações que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde. Ainda, nesse nível, devem ser priorizadas as intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da ESF, com ênfase na atenção multiprofissional. Na figura, o autocuidado é representado pela linha transversal que cruza o modelo (MENDES, 2012).

O nível 4 é muito semelhante ao nível 3 em relação à tecnologia de gestão da condição de saúde, no entanto, aqui opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional. Além disso, nesse nível verifica-se a necessidade de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas, visto que os indivíduos atendidos já apresentam condições clínicas complexas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas. Por essa razão, é esse o nível que exige uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Esse nível também exige alta concentração de cuidado profissional.

Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pelo indivíduo em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

Agora que já abordamos os aspectos gerais do MACC vamos dar enfoque na organização do modelo para pessoas com sobrepeso e obesidade. Acompanhe.

3.2.3 MACC na estratificação de risco das pessoas com sobrepeso e obesidade

Como já falamos anteriormente, o primeiro passo para a estratificação de risco é a realização da VAN. Feita a estratificação, podemos iniciar a organizar o MACC direcionado ao sobrepeso e à obesidade da seguinte forma, conforme você pode acompanhar a seguir.

Níveis 1 e 2 - pessoas sem obesidade, mas que demandam ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade

Lembre-se de que os níveis 1 e 2 são representados tanto pela população geral quanto por aqueles indivíduos com sobre-

peso (ou não), mas que apresentam fatores de risco comportamentais ou dos modos de vida que podem favorecer o aparecimento da obesidade. Portanto, haverá uma maior concentração de indivíduos nesses estratos. Nestes níveis destaca-se a atuação da APS e deve-se focar em ações de promoção da saúde, bem como em prevenção do sobrepeso e da obesidade, lembrando sempre que para alcançar esses objetivos é fundamental a realização de projetos intersetoriais.

Nesse sentido, vale ressaltar que o SISVAN, além de coletar os dados antropométricos, também possui formulários que investigam os marcadores de consumo alimentar. Esses formulários foram desenvolvidos para serem aplicados na rotina da APS. No âmbito coletivo, a avaliação dos marcadores possibilita o reconhecimento do consumo de alimentos ou comportamentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável. A observação de marcadores de consumo alimentar indica o que deve ser enfatizado pela equipe de saúde para a adoção de práticas alimentares mais saudáveis pela população (BRASIL, 2015b).

Exemplificando: a equipe de saúde identifica por meio do formulário do SISVAN

o elevado consumo de alimentos ultraprocessados como as bebidas adoçadas, por exemplo (aqueles que têm em sua composição elevadas quantidades de gorduras, sódio e açúcar) e baixo consumo de frutas e hortaliças pela população que assiste. Por que isso está ocorrendo? Deve-se, portanto, identificar os determinantes sociais intermediários que contribuem para esse consumo alimentar inadequado. Para tanto, deve-se questionar sobre como é a disponibilidade e acesso aos alimentos no território. Há presença de feiras de alimentos? Há produção e comercialização de alimentos in natura



e minimamente processados? Há hortas comunitárias? A partir dessas indagações é necessário que se pense em projetos (inter-setoriais) para contribuir para a melhora da qualidade da alimentação no território.

Nos casos de indivíduos que apresentam sobrepeso, mas sem comorbidades, as equipes de APS devem organizar, juntamente com esses indivíduos, planos de cuidado para reduzir o peso, conforme meta terapêutica estabelecida. Preferencialmente, com esse público, deve-se realizar atividades em grupos operativos de forma a otimizar a oferta do cuidado. Há evidências que esse tipo de abordagem alcança resultados satisfatórios. Além disso, considerando a alta prevalência de excesso de peso da população adulta, abordagens individuais demandam um elevado número de atendimentos, logo, um maior tempo para que o mesmo número de usuários fosse atendido (BRASIL, 2014c).

Para aqueles que já apresentam comorbidades, como hipertensão e diabetes, é fundamental que, nas consultas de acompanhamento, os profissionais estejam atentos ao estado nutricional e aos hábitos alimentares. Nesses casos, além de incluir os indivíduos nas atividades em grupo, é



preciso avaliar a necessidade de prescrição dietética individual pelo nutricionista. Esta decisão deve ser discutida entre a equipe de referência da APS e a equipe de apoio matricial, que pode ser a equipe do NASF-AB ou outro arranjo matricial implantado no município ou regional de saúde. A prescrição dietética deverá ser realizada por nutricionista da equipe de apoio matricial ou de outro ponto de atenção à saúde, de acordo com a disponibilidade dessa oferta de cuidado na rede de atenção do município ou regional de saúde (BRASIL, 2014a).



Para saber mais sobre os marcadores de consumo alimentar, leia o guia de orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção primária do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar>>.

Nível 3 - possui obesidade, sem comorbidades ou indicação cirúrgica de tratamento, demandam autocuidado apoiado e atenção multiprofissional

Nesse nível, vale lembrar que as interven-

ções são predominantemente clínicas, ou seja, há necessidade da oferta terapêutica mais densa do que nos níveis anteriores, porém, as intervenções priorizam o autocuidado apoiado. De modo a instrumentalizar os usuários para o autocuidado, deve-se ofertar ações em grupo para promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, observando a necessidade de grupo específico para pessoas com obesidade, de modo que permita que esses indivíduos se sintam mais bem acolhidos em um grupo com as mesmas características. A necessidade da oferta de prescrição dietética, realizada por nutricionista, e da terapia comportamental no âmbito da atenção primária, deve ser avaliada pelas equipes de referência da APS com as equipes de apoio matricial (BRASIL, 2014a).

Nível 4 - possui obesidade e comorbidades, mas sem indicação cirúrgica de tratamento - NASF-AB

Em relação à tecnologia de gestão da condição de saúde, o nível 4 é bastante semelhante ao nível 3, ou seja, é predominantemente clínica. No entanto, verifica-se uma necessidade maior de

cuidado profissional. Nesse sentido, intensifica-se a necessidade de atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas, visto as condições clínicas complexas apresentadas pelos indivíduos que se encontram nesse nível. Assim como no nível 3, a necessidade da oferta de prescrição dietoterápica e da terapia comportamental no âmbito da APS deve ser avaliada pelas equipes de referência da APS com as equipes de apoio matricial. Quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na atenção primária, cabe ainda a essa equipe coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que necessitem de outros pontos de atenção quando apresentarem IMC maior que 35 kg/m² com comorbidades descompensadas ou IMC maior que 40 kg/m² (BRASIL, 2014a).

Nível 5 - possui obesidade, condições crônicas muito complexas e indicação para cirurgia bariátrica

Os casos mais complexos ou com IMC maior 40 kg/m² deverão ser assistidos em serviços de atenção especializada (ambulatorial ou hospitalar), desde que este esteja presente no território. A ordenação

e organização da RAS, de modo a garantir a oferta deste cuidado especializado, é responsabilidade da atenção primária, por meio de suas equipes de referência e de apoio matricial. Ademais, é importante que a equipe de APS também ofereça outras opções terapêuticas, como grupos de atividade física, alimentação saudável, etc., para acompanhar a evolução do tratamento desses indivíduos. Inclusive para acompanhamento compartilhado após a intervenção cirúrgica.

Também, por serem coordenadoras do cuidado na RAS, é importante que as equipes de APS mantenham o vínculo tanto com os indivíduos enquanto são assistidos nos serviços de atenção especializada quanto com as equipes de profissionais desses serviços. Para tanto, é importante a implementação de mecanismos de gestão do cuidado nos municípios e regiões de saúde, como bons sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos e educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2014a).

A seguir, confira o que cabe à atenção especializada, no âmbito ambulatorial, e as competências da atenção especializada, no âmbito hospitalar. Acompanhe.

À atenção especializada, no âmbito **ambulatorial**, cabe:

• O diagnóstico daqueles indivíduos com indicação para procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade.

• Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória a esses usuários.

À atenção especializada, no âmbito **hospitalar**, compete:

• A avaliação dos casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade.

• Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.

• Realizar tratamento cirúrgico da obesidade.

Fonte: BRASIL, 2017b.

3.3 INSTRUMENTOS DE APOIO À ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM SOBREPESO OU OBESIDADE

Os instrumentos de apoio à organização do cuidado são os mecanismos de operacionalização necessários para que se garanta a efetivação das ações de cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade em todos os níveis da RAS. Ou seja, é a partir desses instrumentos e de suas implementações, que o cuidado aos usuários será articulado. Os principais instrumentos de operacionalização para a organização do cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade são:

- Implementação de Linha de Cuidado
- Desenvolvimento de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas
- Definição de Estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade

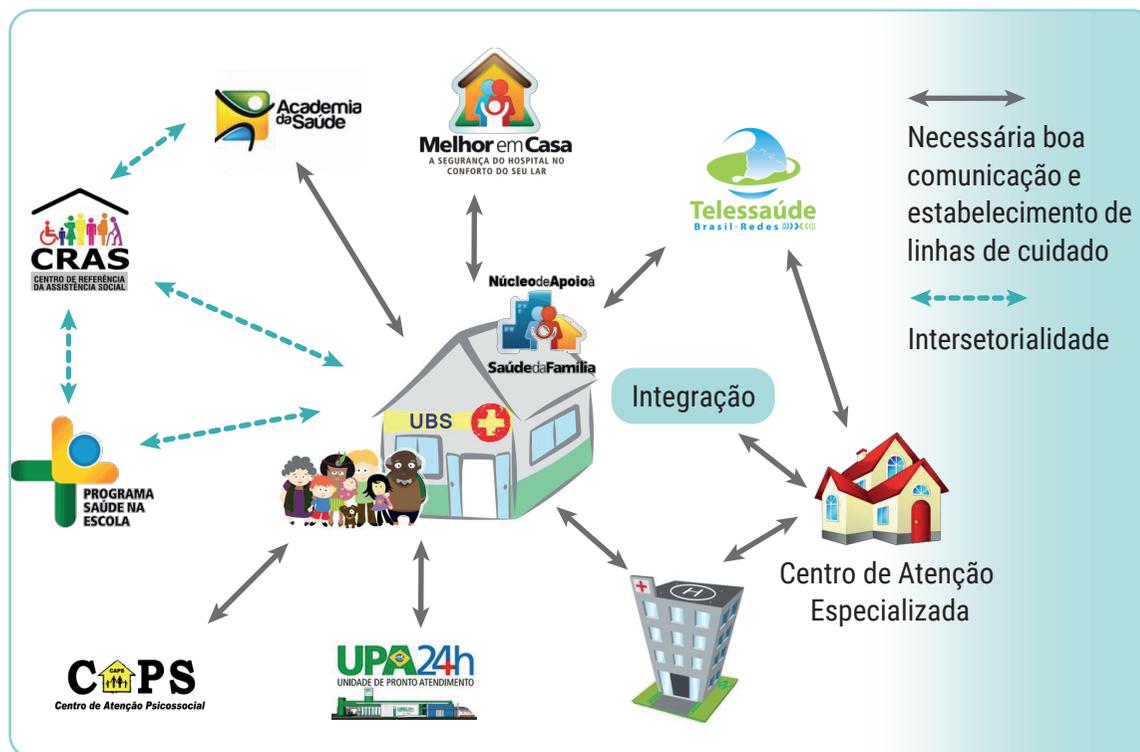
3.3.1 Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)

A implementação da linha de cuidado para pessoa com sobrepeso ou obesidade é uma prioridade da Rede de Atenção à Saúde

das Pessoas com Doenças Crônicas. A linha de cuidado, a partir da estratificação de risco, estabelece um pacto entre os diversos pontos de atenção da RAS, definindo (BRASIL 2017b; BRASIL, 2013c):

- fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário;
- organização dos serviços e das ações que devem ser realizados nos diferentes pontos de atenção da RAS e dos sistemas de apoio e logístico.

Nesse contexto, por que implantar a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade? A organização de uma linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade tem por propósito fortalecer e qualificar a atenção à pessoa por meio do cuidado integral e longitudinal, em todos os pontos da RAS, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos (BRASIL, 2014a; BRASIL 2014d). Os pontos de cuidado da RAS estão ilustrados a seguir.



Pontos de cuidado da RAS às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Fonte: BRASIL, 2014a.

Na medida em que as linhas de cuidado apresentam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, ou seja, desenham o itinerário terapêutico dos usuários na rede, são organizadas as ações promotoras, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença. No caso da

linha de cuidado para pessoas com excesso de peso, de modo a garantir o cuidado integral, deve-se pactuar entre os diversos pontos de atenção da RAS, determinando fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário. Há ainda que se definir a organização dos serviços e das ações que devem ser desenvolvidos nos

diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio e logístico, e ainda pode-se utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações (BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014d).

A linha de cuidado não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços dos quais necessita. Dessa forma, é essencial que estados e municípios promovam articulação intra e intersetorial para organização e implementação da linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade como forma de assistir o usuário nos diversos pontos de atenção, bem como estimular as equipes de atenção primária a empoderar os usuários sobre suas condições de saúde, desenvolvendo o autocuidado (BRASIL, 2014d).

Compete às secretarias de saúde dos municípios organizarem as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os

pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014a).

No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário, e definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata (BRASIL, 2014a).



Saiba mais sobre a organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Manual Instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014e) disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2015-07/manual-instrutivo-sobrepeso-e-obesidade.pdf>.

3.3.2 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem, de forma sistematizada, os critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado; as posologias recomendadas (quando medições); os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidências científicas e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (BRASIL, 2020b).

Também confira mais informações sobre a organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas em Cadernos de Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>.

Mendes (2012) destaca que, na prática, as diretrizes clínicas baseadas em evidências dão suporte à ESF de diferentes formas, confira.

Diretrizes clínicas baseadas em evidências:

- 1 Auxiliam a organizar uma informação científica que está muito difusa na literatura e que se produz vertiginosamente.
- 2 Proporcionam educação permanente aos profissionais.
- 3 Contribuem para responder à questões específicas da prática cotidiana.
- 4 Possibilitam a padronização das práticas entre profissionais de diferentes unidades.

A elaboração das diretrizes e dos protocolos clínicos é feita por meio de um processo complexo, composto por vários momentos, que leva tempo e envolve várias etapas (MENDES, 2012). Recentemente, no Brasil, foi publicado o relatório de recomendação do PCDT para Sobrepeso e Obesidade. Esse documento elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) representou um importante passo no processo de elaboração de um protocolo clínico baseado em evidências científicas. Destaca-se a importância do desenvolvimento e da publicação desse material, visto seu papel indispensável para enfrentamento do desafio do avanço do sobrepeso e da obesidade entre adultos.



Recomenda-se que você estude o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos acessando: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf>.

3.3.3 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade

Como vimos até aqui, para a garantia do cuidado integral de indivíduos com sobrepeso e obesidade, é necessária a utilização de variadas estratégias. Apesar da estratégia que será adotada, há um ponto de partida em comum: você lembra onde se inicia o processo de cuidado? Se você respondeu que o primeiro passo no processo de cuidado é a realização da vigilância alimentar e nutricional, para que seja possível a estratificação de risco para o cuidado da pessoa com sobrepeso e da obesidade, ficamos muito felizes!

A partir da estratificação do risco, as estratégias para o cuidado poderão ocorrer tanto no âmbito coletivo, coordenadas principalmente pela APS, a partir de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física e do apoio ao autocuidado, por meio da implementação de grupos, como grupos de alimentação saudável ou grupos específicos para manejo da obesidade, quanto no âmbito individual, por meio da assistência terapêutica

multiprofissional, que pode ocorrer tanto na APS quanto na atenção especializada.

Além disso, para que a prevenção e o controle da obesidade sejam efetivos, três níveis estratégicos de organização devem ser considerados. Esses níveis são: o âmbito macro, das macropolíticas que regulam o sistema de atenção à saúde; o âmbito meso, das organizações de saúde e da comunidade; e o âmbito micro, das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros e os limites entre eles não são bem claros (BRASIL, 2014a).

De acordo como Caderno de Atenção Básica nº 38, para a prevenção e o controle da obesidade, as estratégias devem ser traçadas considerando esses três níveis (BRASIL, 2014a). O quadro a seguir sintetiza essas estratégias.

Âmbito Micro

Indivíduos e famílias

Buscar a melhoria de sua própria qualidade de vida, por meio da adoção de comportamentos saudáveis, que incluam alimentação saudável, atividade física, lazer e convívio social.

Indivíduos e comunidades

Formar grupos de apoio para fortalecer o controle da obesidade, tornando-se também agentes promotores de saúde.

ESF/UBS e sua relação com indivíduos e famílias

Promover o conhecimento a respeito dos fatores determinantes de adoecimento, assim como dos recursos necessários para melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças e agravos.

ESF/UBS e sua relação com a comunidade

Estimular o fortalecimento de lideranças comunitárias e a participação dos moradores no conselho local de saúde, incentivando-os a participar dos processos de decisão dos setores públicos e privados que exerçam influência na saúde da comunidade.

Âmbito Meso

ESF/UBS

Realizar rastreamento do estado nutricional; realizar grupos de educação nutricional e de qualidade de vida que incentivem o autocuidado; promover grupos de atividades físicas; exercitar a intersetorialidade com vistas à promoção de saúde; estimular, individual e coletivamente, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, orientar a introdução alimentar complementar e o aleitamento materno complementado por dois anos ou mais; realizar atividades coletivas de prevenção de complicações relacionadas à obesidade; contar com auxílio do NASF-AB para planejar as ações individuais e coletivas de prevenção e controle da obesidade; articular com a RAS os casos que necessitem de atenção especializada.

Comunidade

Buscar a segurança das vias públicas; ser agente de promoção de saúde; exigir alimentação de qualidade nas escolas do bairro; propor melhorias aos serviços de saúde da comunidade e aos outros equipamentos públicos e privados locais; organizar-se e ter voz ativa em associações de condomínios, associação de moradores, associação de pais e mestres nas escolas e participar do conselho local de saúde para lutar pelos direitos da comunidade, assim como fazer com que os indivíduos cumpram seus deveres de cidadãos.

Âmbito Macro

Desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas de saúde para Vigilância Alimentar e Nutricional e para a promoção de alimentação adequada e saudável.

Fortalecimento das RAS e da comunicação entre os diversos pontos de atenção, por meio de sistemas de informação e regulação informatizados.

Políticas de educação permanente intersetoriais.

Políticas de melhoria e de qualificação dos profissionais da APS e de todos pontos de atenção que compõem as RAS.

Políticas de fiscalização e regulação de mídias e propagandas de produtos alimentícios, principalmente aquelas voltadas ao público infantil.

Políticas de fiscalização da produção e da rotulagem de alimentos.

Políticas de estímulo à produção agrícola local, especialmente de produtos orgânicos e de base agroecológica.

Políticas que melhorem a segurança em parques, escolas e espaços de lazer, para que crianças e adultos possam se exercitar ao ar livre.



Para saber mais sobre as estratégias para o cuidado de pessoas com obesidade, leia o Caderno de Atenção Básica nº 38 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Obesidade em <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>.

Nessa unidade abordamos os aspectos relativos à organização e gestão da atenção nutricional, com foco no cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Buscou-se apresentar uma linha norteadora do processo de organização da atenção nutricional, que se inicia a partir da triagem dos usuários e sua classificação de risco segundo o IMC, por meio do SISVAN; passa pela definição das ações que competem aos diferentes níveis

de assistência na RAS (primária, secundária e terciária); e a determinação do tipo de intervenção a ser realizada de acordo com o estrato de risco da população. Além disso, considerando a complexidade das ações, foram apresentados os instrumentos de apoio à organização da ação, com destaque para as ações intersetoriais.

Destaca-se que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, portanto, a organização da atenção nutricional, com ênfase nas ações de prevenção do sobrepeso e da obesidade e promoção da saúde na atenção primária, é essencial para a melhora da saúde e qualidade de vida da população, redução da incidência da obesidade e comorbidades associadas e redução da sobrecarga da atenção especializada.

O módulo de Planejamento e Organização da Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS) do Curso de Especialização em Atenção à Saúde das Pessoas com Sobrepeso e Obesidade encerra seu conteúdo teórico de forma sistematizada por aqui. Mas ao longo de todo o texto não deixe de verificar os destaques, os assuntos dos ícones “Saiba mais” e todas as referências utilizadas para complementar os saberes abordados.

Ao reconhecer que a obesidade é uma doença crônica, de etiologia complexa e multifatorial, este módulo oferece de forma detalhada as etapas necessárias para o controle e a prevenção deste problema relevante nos territórios em saúde e que tem demandado intervenções em saúde pautadas pela integralidade do cuidado, tanto por meio da atuação multiprofissional quanto pela integração entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Destacamos que os aspectos de planejamento em saúde e da gestão do processo de trabalho são elementos bastante difundidos na atuação das equipes de Saúde da Família,

mas que precisam ser continuamente qualificados, de forma a integrar a responsabilidade da gestão municipal e dos trabalhadores da assistência. Neste sentido, a estruturação das ações de vigilância alimentar e nutricional, de promoção da alimentação adequada e prevenção de agravos nutricionais não são elementos novos para a Estratégia Saúde da Família, mas que precisam ser instituídos para ampliar a capacidade de resolução da APS no controle e na prevenção do sobrepeso e da obesidade.

Desta forma, organizar a atenção nutricional é um processo fundamental para o adequado manejo dos usuários na RAS. A identificação de usuários nos estratos de risco mais baixos, sob responsabilidade da atenção primária, possibilita a implementação de ações de promoção e prevenção de agravos de forma antecipada à necessidade de intervenções mais complexas. Para aqueles que já apresentam sobrepeso, obesidade e outras comorbidades, a atenção nutricional como parte do processo de assistência à saúde é fundamental para orientar as ações para o cuidado integral desses indivíduos,

assim como conhecer as atribuições e competências de cada nível de ponto da rede de atenção por meio das linhas de cuidado contribui para a integralidade e fortalecimento do SUS.

Esperamos que sua jornada até aqui tenha sido de muito aprendizado e tenha instigado reflexões sobre o cotidiano dos serviços, da gestão das ações de saúde e de sua atuação profissional no âmbito da APS. Chegando até aqui, saiba que esses conhecimentos têm o potencial de consolidar a implantação e qualificação da atenção nutricional no SUS. Muito obrigado!

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: **Desenvolvimento local**. Rio de Janeiro: Oficina Social, 2000. p. 98-119.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4. ed. São Paulo, SP. 2016. 188 p.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. S181-S191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica n.º 27**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

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 do Desenvolvimento Social, 2012b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para População Brasileira**, promovendo a alimentação saudável. Normas e manuais técnicos. Ministério da Saúde: Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n.º 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Manual Instrutivo. Brasília, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, seção 1, página 50, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 168 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II - Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da**

rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por

inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**. 2020b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>>. Acesso em: 4 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Orientações para o cuidado nutricional** - Material de Apoio para Profissionais Nutricionistas. 2020c. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1543>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Relatório de recomendação - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Sobre peso

e Obesidade. 2020d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Relatorio_PCDT_Sobrepeso_Obesidade_em_Adultos_CP_25_2020.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 417, de 18 de março de 2008**. 2008. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_417_2008.htm>. Acesso em: 28 de março de 2020.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300793&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2020.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão.

Saúde debate, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2020.

GLOBAL NUTRITION REPORT. **Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition**. Bristol, UK: Development Initiatives, 2018. Disponível em: <<https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/>>. Acesso em: 23 set. 2020.

MALTA, D. C. et al. **Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas**, 2015. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 217-232, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2020.

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

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2020.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. **Demetra**, v.13, n. 2, p. 363-380, 2018.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians**. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Promoção da alimentação saudável na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Cristine Garcia Gabriel; Andhressa Fagundes. Florianópolis: UFSC, 2016. 98 p. (Série – Formação para Atenção Básica).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical Report Series – Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: World Health Organization, 1995. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 284).

Amanda Bagolin do Nascimento

É graduada em Nutrição pela Universidade Franciscana (UNF), Mestre em Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC e Doutora em Ciência dos Alimentos pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência dos Alimentos da mesma instituição. Professora do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Tutora no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC). Tem experiência com atendimentos de nutrição na atenção especializada ambulatorial (ênfase em obesidade, diabetes, síndrome metabólica e doença celíaca) e Coordena o Ambulatório de Nutrição para Celíacos do HU-UFSC.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
<http://lattes.cnpq.br/3744866440128227>

Cristine Garcia Gabriel

Graduada e mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Saúde Coletiva pela UFSC. É Professora Adjunta do Curso de Graduação em Nutrição da UFSC. É líder do grupo de pesquisa “Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional (TearSAN)” e membro dos grupos “Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC)” e “Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar do Estado de Santa Catarina (CECANE/SC)”. Atua principalmente nas seguintes áreas: nutrição em saúde pública, programas e políticas de alimentação e nutrição, avaliação em saúde, alimentação escolar (Programa Nacional de Alimentação Escolar) e segurança alimentar e nutricional.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
<http://lattes.cnpq.br/0555298888255949>

Daniela Alba Nickel

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Possui mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008), e graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas (2005). É professora adjunta no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando preferencialmente nos seguintes temas: gestão, planejamento e avaliação em saúde, uso e influência de avaliações. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS-UFSC).

Endereço do currículo na plataforma lattes:
<http://lattes.cnpq.br/0664696481338569>

Patrícia Maria de Oliveira Machado

Graduada em Nutrição, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional, mestre em Nutrição e doutora em Saúde Coletiva, possui toda a trajetória acadêmica realizada na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Faz parte dos grupos de pesquisa Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar do Estado de Santa Catarina (CECANE/SC), Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional (TearSAN/UFSC) e Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC). Atualmente é professora adjunta do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana - UNILA. Atua principalmente com as temáticas de Avaliação de Programas e Políticas Públicas de Saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde, Programas de Alimentação e Nutrição e Segurança Alimentar e Nutricional.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
<http://lattes.cnpq.br/5691671974030600>

