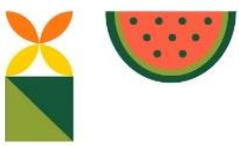




# PDAN

Política Distrital  
de Alimentação  
e Nutrição

Brasília 2021



## FICHA CATALOGRÁFICA

### Elaboração:

Andrielle Haddad de Oliveira Melo

Carolina Rebelo Gama

Cibele Neves Rios

Débora Barbosa Ronca

Dillian Adelaine Cesar da Silva

Helen Altoé Duar Bastos

Karistenn Casimiro de Oliveira Brandt

Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino

Mariana Martins Pereira

Michele Lessa de Oliveira

Rosielle Alves de Moura

Sumara de Oliveira Santana

### Supervisão geral:

Eliene Ferreira de Sousa

### Coordenação técnica:

Gerência de Serviços de Nutrição – GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS/SESDF





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Alimentação Adequada e Saudável
AASE	Atenção Ambulatorial Secundária
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACSM	Colégio Americano de Medicina do Esporte
AD	Atenção Domiciliar
AGL	Acordo de Gestão Local
AGR	Acordo de Gestão Regionalizado
AH	Atenção Hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Avaliação Subjetiva Global
BLH	Banco de Leite Humano
Caisan-DF	Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
Codeplan	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários De Saúde
Consea-DF	Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Distrito Federal
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CSA	Comunidade que Sustenta a Agricultura
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DHANA	Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas
DM	Diabetes Mellitus
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EMTN	Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
GDF	Governo do Distrito Federal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar
IBRANUTRI	Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar
IMC	Índice de Massa Corporal
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual e Outros Grupos e Variações de Sexualidade E Gênero
Losan	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras





NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
NRS	Triagem de Risco Nutricional
NutriSUS	Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS	Programação Anual de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDAN	Política Distrital de Alimentação e Nutrição
PDPO	Política Distrital de Agroecologia e Produção Orgânica
PDPIS	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
PDPS	Plano Distrital de Promoção da Saúde
PDS	Plano Distrital de Saúde
PDSAN	Plano Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PID	Programa de Internação Hospitalar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAPO	Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE	Programa Saúde na Escola
PTNED	Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
rBLH	Redes de Banco de Leite Humano
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar/ Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-DF	Sistema Único de Saúde do Distrito Federal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA-DF	Vigilância Sanitária do Distrito Federal





## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. OBJETIVOS E PRINCÍPIOS.....</b>	<b>8</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Contexto Epidemiológico do Distrito Federal.....</b>	<b>9</b>
2.1.1. Situação sociodemográfica no Distrito Federal.....	9
2.1.2. Situação de mortalidade no Distrito Federal.....	10
2.1.3. Situação de morbidade no Distrito Federal.....	11
2.1.4. Situação nutricional da população no Brasil e no Distrito Federal.....	12
2.1.5 Situação alimentar no Distrito Federal.....	15
<b>3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>18</b>
<b>4. DIRETRIZES.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Organização do Cuidado e da Atenção Nutricional Integral.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3. Promoção da Intersectorialidade no Contexto da Alimentação e da Nutrição .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4. Vigilância Alimentar e Nutricional.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5 Gestão e Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição.....</b>	<b>34</b>
4.5.1. Gestão das ações de alimentação e nutrição no Distrito Federal.....	34
4.5.2. O financiamento das ações de alimentação e nutrição.....	36
4.5.3. Fortalecimento das capacidades de gestão, liderança e execução orçamentária na agenda de alimentação e nutrição na Saúde.....	38
4.5.4. O monitoramento e a avaliação da implementação da política de alimentação e nutrição.....	40
<b>4.6. Controle e Regulação em Alimentos e Ambientes de Alimentação e Nutrição .....</b>	<b>41</b>
4.6.1. Regulação da oferta, da comercialização e da promoção comercial de alimentos, preparações e bebidas ultraprocessadas em escolas públicas e privadas.....	43
4.6.2. Regulação para a promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais.....	43
4.6.3. Monitoramento da comercialização e da publicidade de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.....	44
4.6.4. Perfil nutricional de alimentos.....	44
4.6.5. Monitoramento de agrotóxicos nos alimentos.....	44
<b>4.7. Pesquisa, Inovação e Qualificação em Alimentação e Nutrição.....</b>	<b>45</b>





4.8. Participação e Controle Social.....	47
5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS.....	50
5.1. Gestão em Nível Central.....	50
5.2. Gestão em Nível Regional e Local.....	51
5.3. Profissionais.....	51
6. RECOMENDAÇÕES.....	52
GLOSSÁRIO.....	53
REFERÊNCIAS.....	58





## APRESENTAÇÃO

As ações de alimentação e nutrição foram incorporadas formalmente às políticas públicas de saúde do Brasil desde a publicação da Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, a proteção, a recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de incluir, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância nutricional e a orientação alimentar. Com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999 (BRASIL, 2007) e sua atualização em 2011, destacou-se a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e das ações de prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013b).

A incorporação, no art. 6º da Constituição Federal, da alimentação como um direito social pela Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, evidenciou a evolução da abordagem da promoção da alimentação adequada e saudável e do combate à fome e à pobreza no Brasil (BRASIL, 2013b).

Ainda no cenário nacional, as discussões sobre a saúde e a segurança alimentar e nutricional produziram outras políticas públicas e legislações que reforçam os princípios e diretrizes da PNAN, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), determinada pela Portaria nº 2.436/2017; a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instaurada pela Portaria nº 687/2006; a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), criada pela Lei 11.346/2006; a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), detalhada no Decreto 7.272/2010; e a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PNAPO), instituída pelo Decreto nº 7.794/2012.

Em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) estabeleceram o período de 2016 a 2025 como a *Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição*. Essa estratégia conjunta convoca os países-membros, como o Brasil, a enfrentarem todas as formas de má nutrição — desnutrição, carências nutricionais e de micronutrientes, sobrepeso e obesidade — e seus determinantes. O Brasil foi o primeiro país a firmar compromissos para a Década de Nutrição (BORTOLINI *et al.*, 2020).

Diante desse cenário que evidencia a relevância das ações de alimentação e nutrição, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) apresenta a Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN) como iniciativa para atender as particularidades do setor saúde do Distrito Federal (DF). O enfoque regionalizado é ratificado pela PNAN, que estabelece como responsabilidade dos estados e do DF a implementação da política no âmbito do seu território mediante adequações necessárias ao perfil epidemiológico e às especificidades locais. Além disso, responde à demanda oriunda de conferência distrital de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e apresenta enfoques inovadores para contribuir com a promoção e a proteção da saúde.

A formulação de uma política pública distrital no setor saúde com a temática específica de alimentação e nutrição é um importante alicerce para a gestão das ações e estratégias de alimentação e nutrição no território, evitando a descontinuidade e





as possíveis consequências para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS-DF) (BRASIL, 1998; IJSN, 2018).

Atualmente, o DF enfrenta sérios problemas de saúde pública relacionados a hábitos alimentares, como a dupla carga de doenças, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, o baixo consumo de alimentos *in natura* (como frutas e hortaliças), o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação inadequada e não saudável, entre outros. Além disso, são relevantes as dificuldades relacionadas à gestão das informações de saúde, incluindo a falta de registro de dados de consumo alimentar e do estado nutricional nos sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (APS) e demais níveis de atenção; a ausência de dados relativos às doenças associadas à má alimentação; e a dificuldade de articulação intra e intersetorial e de alinhamento entre as normas distritais no campo da alimentação adequada e saudável.

Diante dessa conjuntura, a SES-DF agrupou suas áreas técnicas afetas à alimentação e à nutrição, em seus diversos contextos de atuação, e concentrou esforços para construir uma política que dialogue com os principais desafios alimentares e suas consequências, apresentando caminhos a serem trilhados para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde dos brasilienses.

Espera-se que a presente normativa, a qual foi construída no cenário da pandemia de Covid-19, também seja uma contribuição do setor saúde para as dificuldades e consequências que a população do DF enfrenta em virtude desse grave problema internacional de saúde pública, no que se refere aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição.

Reconhecendo a importância de uma participação ampliada nesse processo, a SES-DF contou com a colaboração da sociedade civil para agregar conteúdos e legitimar as proposições, realizando, assim, importante entrega à população do DF.





## 1. OBJETIVOS E PRINCÍPIOS

---

A PDAN tem como objetivo a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população do DF por meio da organização do cuidado e da atenção nutricional integral, da promoção da alimentação adequada e saudável a partir de ações de educação alimentar e nutricional, da promoção da intersetorialidade no contexto da alimentação e nutrição, da vigilância alimentar e nutricional, da gestão e do financiamento das ações de alimentação e nutrição, do controle e da regulação de alimentos e ambientes de alimentação e nutrição, de pesquisa, inovação e qualificação em alimentação e nutrição, além da participação e do controle social.

Os princípios que norteiam a PDAN e as práticas nela orientadas são consoantes aos adotados pelo SUS e pela PNAN, que fortalecem e facilitam o acesso da população a um serviço de saúde de qualidade. Tais princípios são designados por universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, somados ao direito humano à alimentação adequada (DHA), ao respeito à diversidade e à cultura alimentar, à determinação social e à segurança alimentar e nutricional.





## 2. INTRODUÇÃO

---

A seguir, serão apresentados os aspectos do cenário epidemiológico e a estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do DF.

### 2.1. Contexto Epidemiológico do Distrito Federal

No Brasil, a alimentação é um direito social (BRASIL, 2010b), bem como um determinante da saúde. O planejamento e a oferta de ações de alimentação e nutrição no SUS devem acontecer de forma transversal e complementar às demais ações de saúde, de modo a integrar a elaboração, a execução, o monitoramento e a avaliação dessas atividades e responsabilidades (BRASIL, 1990).

Atualmente, no DF, as ações de alimentação e nutrição estão previstas em algumas pactuações públicas distritais que norteiam sua prática: o Plano Distrital de Saúde (PDS), o Plano Distrital de Promoção da Saúde (PDPS), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT e, de forma intersetorial, o Plano Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional (PDSAN).

A análise do diagnóstico da atual situação de saúde da população do DF é importante para a construção da PDAN e tem como objetivo melhor entender o cenário e o contexto em que esses problemas identificados estão inseridos, garantindo, assim, o acesso adequado aos serviços de saúde ofertados pela RAS do DF. Tendo em vista a diversidade dos cenários sociais que o DF compreende, também se faz necessário avançar no diagnóstico por território, que ainda é incipiente, visando estratificar por regiões de saúde e/ou por regiões administrativas.

#### 2.1.1. Situação Sociodemográfica no Distrito Federal

No âmbito da gestão da saúde, o Distrito Federal é atualmente dividido em sete regiões (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul), conforme o Decreto 38.982/2018, com o intuito de favorecer maior autonomia administrativa e orçamentária e contribuir para que as ações sejam propostas de acordo com a realidade local.

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios de 2018 (CODEPLAN, 2019), estima-se que a população atual do DF seja de 2.881.854 pessoas residentes (883.509 domicílios urbanos). Em comparação com dados da pesquisa anterior, realizada em 2015, foi observado um aumento de 4,3% na população do DF (118,7 mil pessoas). As mulheres representam 52,2% da população total do DF, correspondendo a 55,3% do total da população urbana residente (CODEPLAN, 2019).

O DF acompanha a tendência nacional e vivencia o processo de transição demográfica, evidenciado pela queda nas taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade. Analisando dados de série histórica do Governo do Distrito Federal (GDF), entre os anos de 2000 e 2016, a taxa bruta de natalidade sofreu uma queda de 36,4%, passando de 22,8 em 2000 para 14,5 em 2016.





A taxa de fecundidade também teve redução de 31,1% no mesmo período, sendo, em 2016, igual a 1,53 filhos por mulher (GDF, 2016). Nesse mesmo sentido, os movimentos migratórios também influenciaram as transformações ocorridas na estrutura etária da população do DF. Entre os anos de 2000 e 2017, a população da capital federal cresceu 44% e envelheceu: a proporção de crianças menores de cinco anos passou de 10,2% para 6,9%, enquanto a de pessoas idosas aumentou de 5,2% para 10,2% (GDF, 2017a).

A PDAD 2018 (CODEPLAN, 2019) destaca ainda que 97,1% dos moradores do DF declararam saber ler e escrever. Entre a população urbana de quatro a 24 anos, verificou-se que 49,2% dos pesquisados afirmaram frequentar ou ter frequentado escola pública, e a maioria estudava no Plano Piloto (20,8%), seguido de Ceilândia (13,3%) e Taguatinga (12,2%). No que diz respeito ao rendimento médio do trabalho, o valor observado em 2018 foi de R\$ 3.494,00 (em 2015, o valor era de R\$ 3.275,00), portanto com variação real de 6,7%, sendo registrada relativa redução apenas na faixa daqueles com rendimento bruto real até R\$ 1.000,00. Esse estudo registrou, ainda, que 68,8% dos domicílios possuem pelo menos um automóvel; 35,4% possuem pelo menos uma bicicleta; 8,3% possuem pelo menos uma motocicleta; 18% dos domicílios contam com o serviço de empregada doméstica; e 68,1% têm acesso à internet por banda larga por assinatura, no domicílio. Com relação ao acesso à saúde, 69% da população urbana residente no DF declararam não possuir plano de saúde (CODEPLAN, 2019). Em 2020, 42,7% dos habitantes do DF estavam cadastrados na APS (BRASIL, 2021).

### 2.1.2. Situação de Mortalidade no Distrito Federal

No DF, em 2018, mais da metade dos óbitos (55%) ocorreu no sexo masculino, sendo a mortalidade mais precoce nesse gênero, aumentando a partir dos 15 anos. No gênero feminino, a proporção dos óbitos é progressiva com a idade. Esse panorama pode significar que as mulheres apresentam um comportamento mais tardio de mortalidade quando comparado com o gênero masculino no DF (GDF, 2018).

Os dados de mortalidade indicam que, atualmente, as DCNT são um grave problema de saúde pública no DF (GDF, 2017a). Essas doenças foram responsáveis por 66,2% dos óbitos em 2018, com destaque para as doenças cardiovasculares (25,3%), sendo a primeira causa específica as doenças isquêmicas do coração (incluindo infarto agudo do miocárdio), seguidas de neoplasias (22,1%), doenças respiratórias crônicas (4,1%) e diabetes (4,2%) (GDF, 2018).

Vale destacar que a alimentação inadequada configura-se como um dos importantes fatores de risco comportamentais para o surgimento e agravamento dessas doenças. As doenças cardiovasculares foram as mais frequentes em ambos os sexos (24% para homens e 26,9% para mulheres), seguidas das neoplasias (19,7% para homens e 25% para mulheres). Por faixa etária, observa-se que, nas idades de um a 19 anos, a maior prevalência de óbitos foi por causas externas (acidentes e violência). Na faixa etária de 20 a 39 anos, além das causas externas, verificam-se principalmente óbitos decorrentes de doenças causadas pela ingestão de álcool e pela Aids. A partir dos 40 anos, as doenças causadas pela ingestão de álcool, os acidentes de transporte





e as DCNT concentram-se como as primeiras causas de óbito. A faixa etária de 60 anos ou mais abarca a maioria dos óbitos (63,4%), sendo a maior parte decorrente das DCNT (GDF, 2018).

### 2.1.3. Situação de Morbidade no Distrito Federal

Os dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2020) do Ministério da Saúde (MS) apontam que 5,3% da população adulta (maior de 18 anos) do DF avaliaram negativamente o seu estado de saúde (IC95% 3,3-7,2), sendo 4,9% dos homens (IC95% 1,5-8,3) e 5,6% das mulheres (IC95% 3,6-7,6).

Os dados da VIGITEL também demonstram que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) autorreferida foi de 28,5% (IC95% 24,6-32,3) em residentes do DF, enquanto a prevalência de diabetes mellitus (DM) autorreferida foi de 7,7% (IC95% 4,9-10,5). Avaliando a série histórica no DF, observa-se um aumento na prevalência autorreferida dessas comorbidades ao longo dos anos. Ainda, o VIGITEL destaca que 83,1% da população adulta do DF com hipertensão referiram tratamento medicamentoso da doença (IC95% 75,1-91), sendo 76,1% dos homens (IC95% 61,2- 90,9) e 89,7% das mulheres (IC95% 84,3-95); 91,3% da população adulta com diabetes do DF referiram tratamento medicamento da doença (IC95% 83,9-98,6), sendo 89,6% dos homens (IC95% 78,4-100) e 94,2% das mulheres (IC95% 88,9-99,4) (BRASIL, 2020).

Os dados aqui apresentados demonstram a magnitude e os efeitos negativos diretos e indiretos das doenças associadas a uma alimentação inadequada. A mortalidade prematura (em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade), a redução na qualidade de vida e na produtividade, a incapacidade laboral e a redução na renda familiar são outros impactos negativos dessas doenças consideradas, em grande parte, como preveníveis (WHO, 2011). Assim, as DCNT associadas à alimentação inadequada acarretam não só uma carga epidemiológica e social, mas também uma pesada carga econômica ao sistema de saúde brasileiro e à sociedade como um todo.

Em se tratando da obesidade, ressalta-se que o gasto com seu tratamento está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal (IMC). Ainda, a obesidade mórbida, embora menos prevalente, representa 23,8% do gasto total da obesidade, e a cirurgia bariátrica representa 27% destes gastos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em 2018, 16% do total de internações hospitalares no SUS foram por causas associadas a hipertensão arterial, DM e obesidade e resultaram em um gasto total de R\$ 3,45 bilhões. Os custos atribuíveis a essas doenças representaram 41% dos custos totais (considerando internações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos), e 70% desses custos foram com indivíduos entre 20 e 70 anos de idade, e 56%, com mulheres (NILSON *et al.*, 2020).

Dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS - DATASUS/MS) demonstram que o DF gastou, em 2018, aproximadamente R\$ 182 milhões com internações hospitalares. Desse valor total, 38% dos gastos foram atribuídos às





DCNT associadas à alimentação inadequada. O percentual gasto com as DCNT aumenta segundo a faixa etária, alcançando 28% em indivíduos entre 35 e 39 anos, 50% entre 50 e 55 anos e 61% entre 65 e 69 anos de idade.

#### 2.1.4. Situação Nutricional da População no Brasil e no Distrito Federal

No início dos anos 1990, cerca de 32 milhões de brasileiros viviam abaixo da linha da pobreza (VASCONCELOS, 2005). Em 2014, segundo a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome. Segundo os dados analisados, entre 1990 e 2014, caiu 84,7% o número de brasileiros em situação de subalimentação.

Essa evolução, segundo especialistas, é multifatorial, envolvendo a implantação de políticas públicas e programas sociais que promoveram inclusão social e transferência de renda, com participação da sociedade civil organizada (FAO, 2021). Entre as ações que contribuíram para o alcance dessa redução, estão políticas de segurança alimentar e nutricional, como o programa Bolsa Família e o benefício da prestação continuada, bem como o incentivo à agricultura familiar (FAO, 2021).

Apesar desses avanços, uma análise comparativa entre dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2013), da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2018) e do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (PENSSAN, 2021) demonstra que vem ocorrendo um aumento da insegurança alimentar em todos os níveis na última década. No contexto nacional, a presença da insegurança alimentar nos domicílios passou de 22,9% em 2013 para 36,6% em 2018 e para 55,2% em 2020. Em relação à região Centro-Oeste, foi observado aumento na insegurança alimentar, que subiu de 32,5% para 53,2% entre 2018 e 2020 (PENSSAN, 2021). Dados estratificados para o DF revelaram que 32,7% dos domicílios encontravam-se, em 2018, em situação de insegurança alimentar (IBGE, 2018). Embora não haja dados estratificados para o DF disponíveis no VigiSAN (PENSSAN, 2021), estima-se que a tendência de aumento da insegurança alimentar acompanhe os cenários regional e nacional.

O peso ao nascer é considerado um importante indicador da saúde da população por refletir as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais a mulher se encontra no período de gestação. No DF, o percentual de baixo peso ao nascer de nascidos vivos, em 2017, foi de 9,4%, maior que o percentual nacional (8,5%) para o mesmo ano. Essa é uma questão sensível para a PDAN, devendo ser objeto das políticas sociais e de saúde do DF (HORTA *et al.*, 1996; MARANHÃO *et al.* 1999; SAUNDERS *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2004; SES-DF, 2018; BRASIL, 2020).

Com relação ao estado nutricional de crianças no cenário atual, segundo a OMS, cerca de metade das crianças com obesidade tornam-se adultos obesos. Diante desse panorama, a OMS destacou que, no ano de 2016, cerca de 41 milhões de crianças abaixo dos cinco anos apresentavam sobrepeso ou obesidade no mundo. É importante atuar no sentido de prevenir os fatores evitáveis, tais como a alimentação inadequada e o sedentarismo (WHO, 2016).





Os estudos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2009a) e da POF (2008-2009) apresentam dados estratificados em nível nacional e por região. Segundo a PNDS, o déficit de peso para altura em crianças na região Centro-Oeste em menores de cinco anos foi de 1,1%, e o excesso de peso para a altura foi de 7,0%. Para essa mesma idade, o excesso de peso é maior entre as meninas, apesar de a diferença ser pequena. Fazem-se necessários estudos mais recentes para essa faixa etária.

Destaca-se que o déficit de peso e altura nas crianças está diretamente relacionado com a falta de acesso à alimentação adequada e saudável. O aumento da fome e demais manifestações de insegurança alimentar e nutricional, agravadas no atual cenário em decorrência da pandemia de Covid-19, afetará o estado nutricional desse público, bem como poderá acarretar aumento da desnutrição e suas complicações. Em 2018, uma pesquisa realizada em 10 hospitais públicos do DF verificou prevalência de desnutrição em 12,8% das crianças hospitalizadas nos serviços de pronto socorro (MACIEL *et al.*, 2020).

Dados da VAN, provenientes de usuários que tiveram o estado nutricional monitorado entre 2015 e 2020, no contexto da APS, demonstram que, nas crianças menores de cinco anos, houve uma redução do excesso de peso (de 12,28% em 2015 para 7,87% em 2020) e uma estabilização em relação ao déficit de peso (de 5,02% em 2015 e 5,15% em 2020). Na faixa etária de cinco a 10 anos, os resultados mostram um aumento no mesmo período tanto para excesso de peso (de 24,9% em 2015 para 27,9% em 2020) como para déficit (de 4,82% em 2015 para 6,13% em 2020) (SISVAN, 2021).

Quanto ao estado nutricional dos adolescentes, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2015) apresenta dados com representatividade nacional e regional de estudantes entre 13 e 17 anos. O Centro-Oeste apresentou 3,4% de baixo peso por idade e 25% de excesso de peso, estando a obesidade presente em 8,1% dos adolescentes. Esses resultados são bem próximos aos dados nacionais (baixo peso em 3,7%, excesso de peso em 23,7% e obesidade em 8,3% em meninos e 7,3% em meninas). Destaca-se a diferença, em nível nacional, nos resultados de excesso de peso entre adolescentes das escolas públicas (23%) e escola privada (28,4%). No DF, a partir dos dados da VAN, observa-se um crescimento percentual em relação ao excesso de peso (de 22,9% em 2015 para 34,9% em 2020) e estabilidade em relação ao déficit de peso (de 4,09% em 2015 para 4,29% em 2020) (SISVAN, 2021).

A obesidade é uma doença crônica multifatorial, bem como fator de risco para ocorrência de várias outras doenças, como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, as quais também estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no DF e no Brasil como um todo. Fatores ambientais e modos de vida não saudáveis, como alimentação inadequada e sedentarismo, desempenham um papel importante na obesidade. Vale ressaltar que esses fatores aumentam a susceptibilidade ao ganho de peso quando associado a fatores genéticos (BRASIL, 2009b).

Nas últimas décadas, o aumento da prevalência da obesidade tem se destacado como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil e também do DF. Em 2019, segundo o VIGITEL, 55% dos adultos (maiores de 18 anos) do DF estavam com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), sendo a prevalência maior nos homens, 55,8%, do que em mulheres, 54,3%. Nesse sentido, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no DF 2017-2022 pactuou deter o aumento da





obesidade na população maior de 18 anos. Em 2019, a prevalência de obesidade no DF foi de 19,6%, sendo 18,6% nos homens e 20,4% em mulheres, chegando a um aumento de quase 100% entre 2010 e 2018 (BRASIL, 2020).

No acompanhamento do estado nutricional dos usuários do SUS adultos, verifica-se aumento do excesso de peso ao longo dos anos (de 59,8% em 2015 para 70,2% em 2020), sendo o déficit de peso menor quando comparado com o excesso de peso e a pouca variação ao longo dos anos (de 2,6% em 2015 para 1,9% em 2020) (SISVAN, 2021).

Desse modo, pode-se inferir que a obesidade já acomete um a cada cinco adultos no DF (podendo variar de um a cada 5,5 homens e de uma a cada cinco mulheres). Com esses resultados, o DF tende a acompanhar os dados nacionais que demonstram uma maior prevalência de obesidade na faixa etária de 45 a 64 anos e uma redução dessa prevalência com o aumento da escolaridade, o que destaca um importante predomínio da obesidade na população de menor renda.

Um estudo realizado em âmbito nacional com mulheres obesas, de baixa renda e com idade entre 20 e 55 anos identificou que o aumento do peso resulta de um momento da simultaneidade dos papéis biológicos, sociais e simbólico-culturais de atendimento à gestação e à amamentação, além da assunção dos papéis de mãe e de dona de casa, havendo o reconhecimento de que um corpo precisa ser “forte” para enfrentar esse período (SILVA; CABRINI, 2017).

Com relação ao estado nutricional de idosos usuários do SUS no DF registrados pelo SISVAN (2021), houve aumento do excesso de peso (de 52,4% em 2015 para 55% em 2020) e uma discreta redução de déficit de peso ao longo desses anos (de 11,9% em 2015 para 10,6% em 2020). Entre as gestantes que tiveram o seu estado nutricional acompanhado pelo mesmo sistema, houve um aumento em relação ao excesso de peso (de 46,9% em 2015 para 50,4% em 2020) e uma discreta redução em relação ao déficit de peso (de 15,4% em 2015 para 14,5% em 2020) (SISVAN, 2021).

Diferentemente da situação nutricional encontrada na população em geral, no âmbito hospitalar, a desnutrição acomete de 40% a 60% dos pacientes hospitalizados segundo a revisão sistemática realizada por Correia e col. (2016), os quais avaliaram 66 publicações latino-americanas, incluindo 12 países e aproximadamente 30 mil pacientes. Esse estudo confirmou a alta prevalência de desnutrição hospitalar evidenciada pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), que avaliou 4 mil pacientes internados na rede pública hospitalar de vários estados brasileiros e do DF e constatou haver 48,1% dos pacientes com desnutrição, 12,6% com desnutrição grave e 35,5% com desnutrição moderada (WAITZBERG *et al.* 2001).

A desnutrição hospitalar pode ser consequência da ingestão insuficiente, da absorção prejudicada de nutrientes e/ou do aumento da demanda metabólica decorrente da doença de base ou trauma. Geralmente, está associada a uma perda de peso não intencional maior ou igual a 5% em um curto período e à baixa ingestão alimentar. Apresenta as seguintes principais complicações: pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento do tempo de internação e do risco de mortalidade, além de acarretar considerável aumento dos custos hospitalares.

No cenário da terapia intensiva, a prevalência de desnutrição alcança índices ainda mais preocupantes. Um estudo latino-americano com 1.053 pacientes internados em 116 unidades de terapia intensiva, incluindo o Brasil, identificou 74,1% de pacientes com desnutrição moderada ou grave, de acordo com a Avaliação Subjetiva Global (ASG) (VALLEJO *et al.*, 2017).





No DF, estudo realizado em hospital terciário, cuja amostra incluiu 327 pacientes internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cirúrgica, neurológica, cardiovascular, trauma e emergência, mostrou que, na triagem nutricional, 89,2% dos pacientes tinham risco nutricional de acordo com a Triagem de Risco Nutricional (NRS) 2002. A prevalência de desnutrição foi de 29,7%, e a de desnutrição grave, 14,1%. A maior prevalência de desnutrição foi observada em pacientes com trauma (32%), seguidos dos neurológicos (30%) e cardiovasculares (17%). O estudo também mostrou que o risco de mortalidade é 2,3 vezes maior em pacientes desnutridos quando comparados aos não desnutridos. Entre os pacientes gravemente desnutridos, o risco de mortalidade foi 3,34 vezes maior (CENICCOLA *et al.*, 2018).

Outro estudo, realizado no mesmo hospital terciário do DF, com uma amostra de 414 pacientes de trauma, mostrou uma prevalência de desnutrição de 26,8% na admissão da UTI. O risco de mortalidade foi 1,96 vez maior nesse grupo, comparado aos pacientes não desnutridos (CENICCOLA *et al.*, 2020).

Entre os pacientes cirúrgicos, um estudo realizado no Hospital Regional da Asa Norte mostrou que 37,8% dos pacientes encontravam-se em risco nutricional de acordo com a NRS 2002. Destes, 47% estavam moderadamente desnutridos, e 41,2%, gravemente desnutridos, segundo a ASG (VERAS *et al.*, 2016).

Os dados de prevalência de desnutrição hospitalar demonstram a necessidade de dar atenção à SAN no ambiente hospitalar, de forma a melhorar a condição nutricional e potencializar a recuperação dos pacientes, diminuindo, assim, o tempo de internação e conseqüentemente os altos custos com internações. Dessa forma, mais recursos podem ser direcionados para ações de prevenção e de promoção da saúde.

### 2.1.5. Situação Alimentar no Distrito Federal

Os hábitos de consumo alimentar da população do DF são investigados a partir de inquéritos de saúde e caracterizados por meio de indicadores de padrões saudáveis e não saudáveis, baseados nos marcadores de consumo estabelecidos pelo SISVAN, vinculado ao MS, e estão disponíveis para inserção de dados no sistema e-SUS presente na APS. São considerados marcadores de padrão saudável de alimentação o consumo recomendado e regular de frutas, hortaliças e feijão.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no DF 2017-2022 define como meta o aumento de 0,5% ao ano no consumo de frutas e hortaliças. O consumo desses alimentos pela população adulta do DF é identificado e monitorado pelo VIGITEL (BRASIL, 2020).

O consumo regular (consumo diário) muitas vezes não acontece na quantidade adequada para surtir efeitos protetores da dieta (consumo recomendado). Em 2018, 44,4% da população adulta do DF afirmou consumo regular de frutas ou hortaliças (cinco ou mais dias na semana), porém somente 29,8% da população do DF relatou o consumo recomendado desses alimentos (cinco porções diárias). Os dados demonstram que, ao longo dos anos, a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças ficou estacionada (com flutuação positiva até 2015 e depois queda na prevalência de consumo).





Ainda, cabe ressaltar que o consumo de frutas e hortaliças entre a população negra no país é menor em comparação à população total (29,5% versus 39,1% para a frequência de consumo regular e 20,1 versus 26,7% para o consumo recomendado). Estima-se, assim, conforme VIGITEL de 2019, que o consumo de alimentos *in natura* seja também menor entre a população negra residente no DF (BRASIL, 2020).

Com relação ao feijão, observa-se, no DF, uma tendência de redução do consumo desse alimento ao longo dos anos. Dados da VIGITEL (BRASIL, 2020) indicam que 60% dos residentes do DF afirmaram consumir feijão em cinco ou mais dias na semana, e o consumo é maior entre os homens. Ainda em 2019, foi observado que, no DF, houve uma frequência de 39,2% de adultos que referiram consumir cinco ou mais alimentos dos grupos *in natura* ou minimamente processados por semana (BRASIL, 2020).

A avaliação dos padrões alimentares na população infanto-juvenil é muito importante, pois os estudos mostram que os hábitos alimentares formados nessa fase do desenvolvimento tendem a acompanhar os sujeitos ao longo da vida. Na PeNSE (2015), foi observado que 44% dos adolescentes do DF relataram consumir verduras e legumes, 38,6% relataram consumir frutas frescas ou salada de frutas, e 68,9% relataram consumir feijão em cinco ou mais dias na semana (BRASIL, 2016b).

O consumo de refrigerantes é identificado como um marcador de consumo não saudável, visto que é um produto ultraprocessado, de baixo valor nutritivo e de alta densidade energética. No DF, 14,5% da população adulta referiu consumir refrigerantes em cinco ou mais dias na semana, sendo 20,2% dos homens e 9,5% das mulheres (BRASIL, 2020). Já entre os adolescentes, o consumo observado foi de 26,7% (BRASIL, 2016b). A PeNSE (2015) destacou ainda que 34,8% dos adolescentes do DF relataram consumir alimentos ultraprocessados em cinco ou mais dias na semana, e 6,4% deles afirmaram realizar refeições em restaurantes *fast-food* (lanchonete, barraca de cachorro-quente, pizzaria etc.) em pelo menos cinco dos últimos sete dias anteriores à pesquisa. Na população adulta, o consumo relatado de alimentos ultraprocessados foi de 15,2% em 2019 (BRASIL, 2020).

Os dados da POF também são utilizados para apoiar a definição do perfil de consumo alimentar dos residentes do DF. A última versão dessa pesquisa apresenta os dados coletados em 2017-2018, com resultados para o Brasil e suas grandes regiões. A despesa total média mensal familiar no Brasil foi de R\$ 4.649,00, e a região Centro-Oeste apresentou média acima da nacional e a maior despesa total média mensal familiar entre todas as regiões, no valor de R\$ 5.762,12. O gasto com alimentação representa 16,6% do gasto total das famílias na região Centro-Oeste — menor que a média nacional (17,5%). Ainda, o somatório das despesas com alimentação, habitação e transporte corresponde a 71% da despesa de consumo médio mensal (IBGE, 2019).

A POF (2017-2018) observou ainda que a região Centro-Oeste apresentou os maiores percentuais de gasto com alimentação fora do domicílio (38%), acima da média nacional (32,8%). Esse valor gasto com alimentação fora do domicílio foi equivalente a R\$ 277,68, o maior valor observado no Brasil, e 133,8% maior que o valor observado na região Norte (R\$ 118,79) — menor valor entre as regiões. Ao comparar com os dados da POF 2002-2003, foi observado um aumento de 13,5% com a alimentação fora do domicílio na região Centro-Oeste, o maior aumento entre as regiões. Na análise dos pesos dos grupos de





alimentos na despesa com alimentação no domicílio, destaca-se o grupo carnes, vísceras e pescados como o de maior peso — ou seja, no Brasil, 20,2% do gasto com a alimentação no domicílio é para adquirir alimentos desse grupo. Comparando os dados com a POF 2002-2003, observa-se no Brasil uma queda da participação do grupo cereais, leguminosas e oleaginosas, passando de 10,4% para 5%.

Apesar desse contexto de consumo alimentar, por outro lado, existe um importante cenário da insegurança alimentar no DF. Segundo a POF (2017-2018), 32,7% dos domicílios estavam em algum grau de insegurança alimentar. Dessa porcentagem, 21,2% apresentavam insegurança alimentar leve; para 6,6%, moderada; e para 5%, grave.

Entretanto, os dados sugerem que o DF segue a mesma tendência nacional de redução de consumo de alimentos tradicionais (como arroz e feijão) e de aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, prontos para o consumo e de baixo valor nutritivo.

O incentivo para a ampliação da cobertura da VAN, no contexto da APS, tem sido um desafio constante, e as ações realizadas têm resultado no aumento de cobertura gradativa, em especial ao público infantil, para o aspecto nutricional. Entre as estratégias, citam-se oficinas de capacitação, valorização do manuseio dos relatórios gerados a partir dos dados do próprio território e agregação da vigilância com outras intervenções de gestão. As citadas estratégias devem ser ampliadas e direcionadas para o consumo alimentar, o qual se encontra com baixa cobertura. Dessa forma, o DF poderá fazer análises mais robustas acerca dos padrões de consumo alimentar dessa população.

Frente ao quadro epidemiológico apresentado, fica demonstrada a real necessidade de elaboração e implantação de um marco legal determinante na temática de alimentação e nutrição no DF.





### 3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

---

A RAS envolve arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010e).

Nessa lógica, os serviços de saúde estão vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade, bem como com responsabilidades sanitária e econômica para população adstrita, gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

A partir de 2018, o sistema de saúde do DF é organizado em sete regiões de saúde, e sua rede compreende a APS, a Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e a Atenção Hospitalar (AH). Esses serviços comunicam-se por meio dos fluxos de atenção e de regulação entre os serviços, buscando garantir a integralidade do cuidado.

No DF, o fortalecimento da APS como o primeiro nível de atenção, porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, foi normatizado em 2017. Dessa forma, a APS passou a ser a coordenadora do cuidado no território, tendo como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde das pessoas em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem.

Assim, o cuidado integral na RAS tem, na APS, os seus lócus inicial e estratégico por sua capilaridade e sua capacidade de identificação das necessidades de saúde da população nos territórios, bem como se pode realizar ações de promoção da saúde de forma intersetorial e com participação popular, envolvendo parcerias com organizações não governamentais, escolas e outros equipamentos de apoio utilizados pela comunidade.

Na AASE, o processo de reorganização começou em 2018. Essa parte da rede de saúde possui densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, incluindo o apoio diagnóstico e terapêutico e serviços e procedimentos nas unidades ambulatoriais especializadas como forma de suporte à APS e em casos que não são de urgência e emergência. Trata-se de um nível gestor responsável por articular os serviços entre os níveis de atenção, o que é essencial para alcançar a integralidade do cuidado.

No contexto atual, a organização e a qualificação da AASE passam, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda por atendimentos especializados e a oferta deles, considerando as diretrizes clínicas e a estratificação de risco, com manejo adequado das condições crônicas, com base em atendimento multiprofissional e interdisciplinar e com a utilização de novas ferramentas de gestão do cuidado (MENDES, 2019).





Já a AH inclui serviços de alta complexidade, envolve alta tecnologia e alto custo e propicia à população acesso a serviços integrados aos demais níveis de atenção à saúde, a partir de Protocolos de Classificação de Risco para urgência e emergência.

Nos diferentes níveis de atenção à saúde, as ações de alimentação e nutrição estão presentes com o olhar atento ao cuidado à saúde da população. No contexto da APS, destaca-se a atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) na promoção da alimentação adequada e saudável, por meio de atuação multidisciplinar, cujas ações são orientadas pelos princípios de território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde. No nível secundário e hospitalar, essas ações são fortalecidas no manejo clínico do usuário, na prescrição dietoterápica, nas orientações dietéticas aos usuários e familiares e na oferta de alimentação para pacientes internados. Além disso, é importante destacar o papel da gestão em alimentação e nutrição na articulação das ações de promoção e atenção à saúde no contexto da RAS.

As linhas de cuidado são entendidas como uma das ferramentas adotadas para microgestão dos serviços que decorrem da concepção da RAS e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos para atender as necessidades em saúde. As linhas de cuidado definem o itinerário terapêutico dos usuários, descrevendo as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio. Elas servem como referência para a definição de procedimentos mínimos de ações e serviços/insumos necessários para tratar um agravo à saúde, de modo a auxiliar os gestores a quantificar as demandas e a planejar e estimar recursos.

O processo de reorganização do cuidado no DF foi impulsionado a partir do Termo de Cooperação Técnica firmado entre a SES-DF e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2016, que pactuou a implementação da Planificação da Atenção à Saúde, metodologia que fortalece o papel da APS e a organização da RAS no SUS.

A proposta da Planificação da Atenção à Saúde tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AASE. Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da Planificação podem ser compreendidas como formas de discussão e mudança nos processos de trabalho das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

Por provocar mudanças significativas nos modelos de gestão e operacionalização dos serviços, a Planificação da Atenção à Saúde consiste em importante ferramenta para fortalecer e estruturar as ações de alimentação e nutrição nas redes de atenção, especialmente se tratando do manejo de DCNT.

No DF, optou-se, em princípio, por desenvolver a Planificação no contexto da rede temática de DCNT, com enfoque em diabetes e hipertensão arterial, tendo em vista o cenário epidemiológico.





Com a PDAN, espera-se que as ações de alimentação e nutrição sejam aprimoradas a partir da mudança dos processos de trabalho, de modo a fortalecer o cuidado e a oferta do direito à saúde da população do DF.





#### 4. DIRETRIZES

---

As diretrizes que compõem a PDAN foram definidas conforme as seguintes temáticas:

1. Organização do Cuidado e da Atenção Nutricional Integral;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Promoção da Intersectorialidade no Contexto da Alimentação e da Nutrição;
4. Vigilância Alimentar e Nutricional;
5. Gestão e Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição;
6. Controle e Regulação em Alimentos e Ambientes de Alimentação e Nutrição;
7. Pesquisa, Inovação e Qualificação em Alimentação e Nutrição;
8. Participação e Controle Social.

##### 4.1. Organização do Cuidado e da Atenção Nutricional Integral

A organização da atenção nutricional de forma integral, bem como dos serviços de saúde, é fundamental para suprir as demandas decorrentes da atual situação alimentar e nutricional do DF.

A promoção da saúde, a prevenção de doenças e de fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento decorrentes da má alimentação, assim como as ações de vigilância para identificação dos determinantes e condicionantes do estado nutricional das regiões e da população mais vulnerável são fundamentais nessa organização.

A atenção nutricional integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde nutricional. Isso significa unificar as práticas de alimentação e nutrição às demais ações de atenção à saúde do SUS, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, que se aplica a toda a população (BRASIL, 2013b). Também deve ser realizada de forma transversal a outras políticas públicas específicas e deve ser contemplada em toda a RAS, com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando a especificidade de cada categoria profissional.

A integralidade do cuidado deve ser o objetivo do trabalho em saúde, que é essencialmente relacional, e exige estratégias para o desenvolvimento de habilidades para trabalhar com as subjetividades e para criar, inovar, trocar experiências e garantir a comunicação e a integração nos serviços, considerando as singularidades de cada território, de cada região de saúde (REDENUTRI, 2010).

A atenção nutricional organiza-se em três unidades prioritárias de ação: a comunidade, a família e o indivíduo, priorizando fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e à nutrição. A comunidade e a família apresentam características dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas e diferentes respostas a fatores que possam afetá-





las. Povos e comunidades tradicionais, como a população negra, as comunidades ciganas, os povos indígenas, entre outros, devem ter suas especificidades alimentares e nutricionais consideradas. Em nível mais específico, o indivíduo é considerado em etapas do curso da vida que incluem gestação, infância, adolescência, fase adulta (maturidade) e velhice. O indivíduo sofre influência da família e da comunidade em que vive, apresentando características específicas (BRASIL, 2013b).

O planejamento de ações e serviços da atenção nutricional compreende os níveis de atenção à saúde contemplados na RAS: a APS, a AASE e a AH.

A APS envolve um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, ações desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais as equipes assumem responsabilidade (BORTOLINI *et al.*, 2020).

Identificar as necessidades de saúde do território, priorizando aquelas de maior frequência e relevância, e observar os critérios de risco e vulnerabilidade favorecem que a organização da atenção nutricional contemple as principais demandas da população adscrita, com o olhar atento para o trabalho em equipe.

A compreensão dos determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais relacionados à má alimentação, à SAN, aos transtornos alimentares, entre outras situações não adequadas de alimentação e nutrição, deve ser trabalhada pelas equipes de saúde, nas distintas situações do território, com a atenção humanizada, em especial quando envolvem povos e comunidades tradicionais, população negra, população com deficiência, população em situação de rua, titulares de direito de programas de proteção social, população migrante e refugiada, população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexual e outros grupos e variações de sexualidade e gênero (LGBTQIA+), entre outros.

Destaca-se que o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população do território é a etapa inicial na organização e na gestão dos cuidados relativos à alimentação. Nesse sentido, na prática de acolhimento do indivíduo, é necessário considerar a alimentação e a nutrição como determinantes de saúde, observando a complexidade e a subjetividade do comportamento alimentar. Os profissionais envolvidos no acolhimento devem apresentar uma escuta qualificada, além de uma capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada.

As principais ações de atenção nutricional que devem ser realizadas no âmbito da APS envolvem:

- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS);
- VAN;
- Promoção da SAN e garantia do DHAA, com auxílio de ações intersetoriais no território;
- Realização de ações intersetoriais da Saúde e da Educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), na perspectiva de ampliar as atividades de promoção da saúde específicas para a comunidade escolar da rede pública de ensino do DF;
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) para promoção do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar adequada e saudável;





- Prevenção das carências nutricionais por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó (NutriSUS), por exemplo;
- Prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição;
- Assistência nutricional individual ou coletiva a indivíduos com agravos nutricionais, como desnutrição e insegurança alimentar e nutricional, e doenças mais comuns na APS, como as DCNT (manejo da obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica);
- Visitas domiciliares no território de abrangência, realizadas pelas equipes de saúde da família (eSF) em conjunto dos membros do NASF-AB, para casos específicos, como crianças em desnutrição leve e moderada, idosos que não buscam a Unidade Básica de Saúde (UBS), pacientes acamados, usuários faltosos de consultas (busca ativa), portadores de DCNT com dificuldade de adesão e manejo das adaptações e mudanças na alimentação na convivência com o processo de adoecimento crônico, famílias em insegurança alimentar grave, entre outros;
- Promoção de atividades de educação alimentar e nutricional pelas eSF e pelo NASF-AB nos territórios adscritos, articulada com, por exemplo, o Programa Academia da Saúde e demais equipamentos sociais relacionados à saúde e à SAN;
- Promoção da VAN, levando para a comunidade informações sobre como trabalhar em conjunto com as equipes de saúde da APS para melhorar o diagnóstico situacional e a eficiência das atividades de alimentação e nutrição para a população;
- Participação em reuniões e discussões de casos clínicos e matriciamento junto à equipe do NASF-AB e às eSF das UBS do território;
- Inclusão das práticas integrativas em saúde contidas na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) nas ações de alimentação e nutrição;
- Acompanhamento nutricional dos indivíduos cadastrados no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED);
- Assistência nutricional a usuários acompanhados pela atenção domiciliar, conforme legislação que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da atenção domiciliar (AD) da SES-DF.

No DF, o nutricionista está presente na maioria dos NASF-AB e possui papel de protagonista, indutor e qualificador das práticas de atenção nutricional junto aos outros profissionais do NASF-AB, das eSF e das equipes de saúde bucal (eSB).

A complexidade da atenção nutricional na APS e a perspectiva do apoio matricial nas vertentes clínico-assistencial e técnico-pedagógica exigem um profissional capaz de mobilizar e combinar diferentes saberes e práticas do campo da alimentação e nutrição. Esses saberes serão mobilizados pelo nutricionista do NASF-AB de acordo com as necessidades identificadas junto aos seus dois sujeitos de ação diretos: as equipes de referência e os usuários (VASCONCELOS, 2011; BRASIL, 2017a).

Nutricionistas do NASF-AB, no processo de matriciamento, devem instrumentalizar e apoiar as demais categorias profissionais para o desenvolvimento de ações integradas em alimentação e nutrição, incentivando a realização de atividades coletivas e o compartilhamento de experiências, saberes e processos de trabalho no território. Dessa forma, esses profissionais





constituem uma retaguarda especializada para as equipes de saúde, atuando no lócus da própria APS, e os nutricionistas de outros pontos de atenção da rede também podem realizar o matriciamento de equipes, considerando as suas responsabilidades comuns e específicas.

De forma semelhante ao cenário nacional, o atual quadro epidemiológico do DF mostra que as ações prioritárias no contexto da atenção nutricional incluem ações preventivas e de tratamento de sobrepeso, de obesidade, de desnutrição, das carências nutricionais específicas, bem como ações para indivíduos com agravos crônicos com base em estratificação de risco, estabilização da condição e potencialização do autocuidado apoiado, com foco em alimentação e atividade física, e a valorização da cultura alimentar.

A atenção nutricional na AASE é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial, que são retaguarda para as ações de nutrição na APS, sendo referência para casos cujo cuidado deve ser complementado e articulado com os serviços entre os níveis de atenção, o que é essencial para alcançar a integralidade do cuidado ao usuário. Faz-se necessário que esse nível de atenção esteja o mais próximo possível dos territórios de que são referência, favorecendo essa articulação. Ainda, os profissionais devem manter a perspectiva de cuidado integral ao indivíduo, mesmo havendo singularidade nas demandas da patologia de base ou agravo.

As principais ações de atenção nutricional que devem ser realizadas no âmbito da AASE envolvem:

- Assistência nutricional ao usuário cuja patologia de base ou agravo apresentado acarreta riscos nutricionais associados e cuidados dietéticos mais específicos, como obesidade, DM e outras doenças endócrinas, nefropatias, doenças inflamatórias intestinais, cardiopatias e dislipidemias, condições relacionadas à pediatria, à geriatria e à gestação, alergias alimentares, transtornos mentais, transtornos alimentares, síndrome da imunodeficiência adquirida, erros inatos de metabolismo e síndromes genéticas;
- Acompanhamento nutricional dos indivíduos cadastrados no PTNED;
- Participação em reuniões e discussões de casos clínicos junto à equipe interdisciplinar;
- Apoio matricial às equipes da APS.

Na SES-DF, há experiências relevantes da atuação de equipe multiprofissional, com trabalho interdisciplinar, em ambulatórios especializados que envolvem a atenção nutricional na AASE, como os ambulatórios de DCNT, os quais atuam em atendimento individualizado e/ou coletivo, em programas de educação permanente, formação profissional e matriciamento.

Ambulatórios especializados que envolvem cuidados nutricionais devem estar presentes em todas as regiões de saúde, para garantir a retaguarda da APS, referenciar casos cujo cuidado deve ser complementado e fortalecer a comunicação, a interdependência e a integração entre os diversos componentes da RAS (BRASIL, 2016b).

Após acompanhamento e estabilização do quadro na AASE, os usuários devem ser contrarreferenciados para a APS para continuidade do cuidado. Nesse sentido, tanto a referência quanto a contrarreferência devem ser realizadas de forma a favorecer o cuidado compartilhado na rede de atenção.





A assistência nutricional na AH tem como objetivo principal a manutenção, a recuperação ou o restabelecimento do estado nutricional dos usuários. Esse enfoque também é aplicado aos serviços ofertados pelas Unidades de Pronto Atendimento.

As principais ações de atenção nutricional que devem ser realizadas no âmbito da AH envolvem:

- Assistência nutricional ao usuário nas seguintes condições: doenças renais, oncologia, queimaduras, obesidade em programação de realizar cirurgia bariátrica, alterações genéticas, doenças neurodegenerativas, fibrose cística, doenças raras, gestante de alto risco, indivíduo crítico em UTI, traumatologia-ortopedia, desnutrição grave, entre outras;
- Assistência nutricional a indivíduos em pré e/ou pós-operatório de cirurgia cardiovascular, cirurgia gastrointestinal, cirurgia das vias aéreas superiores, transplante, entre outras;
- Assistência nutricional aos usuários em procedimentos de cardiologia, neurocirurgia, em fissuras lábio-palatais, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, entre outras;
- Prescrição dietética de terapia nutricional (oral e/ou enteral), bem como sua supervisão na preparação, na conservação e no transporte, conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2000;
- Assistência nutricional aos indivíduos em terapia nutricional (oral, enteral e/ou parenteral), impossibilitados de receber toda a demanda nutricional por via oral exclusiva e/ou em recuperação do estado nutricional;
- Atuação na Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), que executa o papel fundamental de assegurar a atenção nutricional adequada aos pacientes hospitalizados no tocante às necessidades nutricionais, com o máximo de eficiência e segurança;
- Participação, promoção e registro de atividades de treinamento operacional e de educação continuada em terapia nutricional, garantindo a atualização intra e interdisciplinar, bem como dos profissionais envolvidos na preparação da nutrição enteral;
- Participação, promoção e registro de atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) com pacientes e acompanhantes como forma de divulgar informações sobre hábitos de alimentação adequada e saudável, especialmente para pacientes que estão para receber alta hospitalar;
- Assistência nutricional nos Bancos de Leite Humano (BLH), conforme legislação vigente;
- Realização de cadastro no PTNED para os indivíduos internados com previsão de alta hospitalar e a indicação de uso de terapia nutricional enteral domiciliar;
- Participação em reuniões e discussões de casos clínicos junto à equipe interdisciplinar;
- Assistência nutricional a pacientes da AD, junto à equipe multiprofissional do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), conforme legislação que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da AD da SES-DF;
- Gestão e fiscalização dos contratos de serviço de alimentação e nutrição.

Ações de combate à desnutrição hospitalar devem estar presentes no cuidado diário da AH, diante da alta prevalência de desnutrição nesse ambiente e sua correlação com o desenvolvimento de graves complicações, o aumento do tempo de internação, o maior risco de mortalidade e, conseqüentemente, os maiores gastos hospitalares. Para tanto, devem ser





estabelecidos protocolos de triagem nutricional, avaliação nutricional e implementação da terapia nutricional apropriada, a fim de evitar a piora do quadro clínico ou de recuperar o estado nutricional.

A prestação de serviços de alimentação hospitalar inclui o fornecimento de dietas normais, dietas especiais, dietas enterais e fórmulas infantis destinadas a indivíduos internados e o acompanhamento por profissionais legalmente constituídos, como servidores, internos, residentes e voluntários profissionais, segundo normas e legislações vigentes. Deve-se exercer a gestão e a fiscalização do contrato, de forma a assegurar a execução dos serviços dentro do estabelecido nas especificações técnicas mencionadas no termo de referência do edital de contratação do serviço, tendo como referência o Guia Alimentar para a População Brasileira para elaboração do cardápio, quando aplicável. Isso garante a adequação nutricional e a segurança higiênico-sanitária das refeições e dietas produzidas.

Com a finalidade de contribuir para a desospitalização, subsidiar o Programa de Internação Hospitalar (PID), subsidiar o tratamento das doenças diagnosticadas pela triagem neonatal, reduzir o tempo de permanência hospitalar, reduzir o número de reinternações por razões relacionadas ao estado nutricional, reduzir o risco de complicações relacionadas à contaminação das dietas enterais, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, manter ou recuperar o estado nutricional dos pacientes, reduzir o número de processos judiciais em desfavor da SES-DF e otimizar os gastos em saúde, o PTNED, programa distrital, tem como objetivo o fornecimento de fórmulas para fins especiais para uso em domicílio. Atende pacientes com indicação de dieta via enteral devido à incapacidade de alimentação pela via oral (em uso de sonda nasogástrica/nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia) e alguns casos de suplementação oral, definidos em norma própria. Atua verticalmente na atenção nutricional percorrendo os três níveis de atenção à saúde. O indivíduo elegível para o recebimento de fórmulas, assim como sua família ou responsável legal, devem ser orientados quanto ao cadastro, ao preparo e à utilização da terapia nutricional (oral e/ou enteral) prescrita ambulatorialmente ou na alta hospitalar.

A AD é a modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, caracterizada por um conjunto de ações, prestadas em domicílio, que garante a continuidade da atenção à saúde e complementa os cuidados realizados na APS e em serviços de urgência de modo substitutivo ou complementar à internação hospitalar, fornecendo ampliação da autonomia dos usuários, desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (Portaria nº 825/2016). A atenção nutricional faz parte da AD e tem o objetivo de recuperar ou manter o estado nutricional, a funcionalidade e a comodidade dos indivíduos, já que a desnutrição está associada ao aumento de reinternações hospitalares e à morbidade e à mortalidade elevadas.

Como retaguarda dos três níveis de atenção à saúde, quando se trata de aleitamento materno, segundo o Regulamento Técnico RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 171/2006, os BLH são serviços especializados, responsáveis por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e pela execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, de seu processamento, de seu controle de qualidade e de sua distribuição, desempenhando e implementando ações estratégicas. No DF, a Política Distrital de Aleitamento Materno, publicada em 2014, é consolidada, e a Rede de Bancos de Leite Humano (rBLH) contava, em 2020, com 15 BLH e três postos de coleta distribuídos nos hospitais do SUS, nas diferentes regiões administrativas. O profissional nutricionista está inserido em todos esses serviços, compondo a





equipe multiprofissional e interdisciplinar. Um grande destaque da rBLH no DF que a torna referência mundial é o fato de Brasília ser a única cidade no mundo que consegue atender a demanda para os recém-nascidos internados, e por isso ela é intitulada de capital autossuficiente em leite humano.

Acrescenta-se a informação de que a SES-DF contempla, em sua estrutura, as áreas técnicas de alimentação e nutrição, de promoção da saúde, de vigilância nutricional, entre outras, que atuam na garantia da implantação do cuidado da atenção nutricional e da presente política pública. O desenvolvimento de atividades de planejamento e a gestão de ações de alimentação e nutrição devem ser incentivados e estimulados com o adequado dimensionamento de recursos humanos e disponibilidade orçamentária.

As ações de alimentação e nutrição envolvidas em todos os níveis de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS no DF. Dessa forma, cada nível deve existir e estar organizado para garantir o acesso à saúde pela população e a integração de ações e serviços de alimentação e nutrição, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

Vale registrar que deve ser contemplada a temática da alimentação e nutrição, dentro do possível da finalidade, na RAS da SES-DF, nas linhas de cuidado e serviços relacionados. Exemplifica-se com a Rede Cegonha, o Grupo Condutor de DCNT, o Grupo Condutor com Pessoas com Deficiência, o Núcleo Farmácia Viva e o Comitê Central de Promoção da Saúde do DF.

Para que os objetivos da atenção nutricional na RAS sejam alcançados, é necessário garantir: comunicação entre os níveis de atenção à saúde por meio de sistemas de informação eficientes; quantitativo de profissionais proporcional à demanda de alimentação e nutrição da população; regulação dos serviços da AASE, de forma a otimizar o acesso e conferir transparência à oferta de vagas e resolutividade; provimento de recursos tecnológicos e logísticos básicos para o desempenho das ações de alimentação e nutrição, como transporte para a realização de visitas domiciliares pelas equipes do NASF-AB e da AD, além de telefone, computadores com acesso à internet, equipamentos de proteção individual e equipamentos antropométricos.

#### 4.2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

A PAAS consiste em uma diretriz da PNAN e é compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionam aos indivíduos e às coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos, socioculturais, econômicos e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2012a).

Entre as ações de PAAS, destaca-se a EAN, evidenciada pela publicação do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, a qual extrapola a dimensão biológica da nutrição e proporciona um olhar ampliado para as práticas realizadas com os indivíduos e as coletividades nos diferentes serviços de saúde. Além disso, a EAN insere-se nas políticas públicas e colabora para a realização do DHAA.





A PAAS compreende um conjunto de estratégias, previstas nos campos de ação da promoção da saúde, que deverão impactar nas dimensões tanto individual como coletiva e ambiental. As ações de natureza coletiva e ambiental relacionam-se a mudanças nos ambientes alimentares, medidas de regulação de alimentos, ampliação da oferta e do acesso a alimentos saudáveis, entre outras. Já as de natureza individual relacionam-se ao desenvolvimento de habilidades e da autonomia que podem ser alcançadas por meio de estratégias permanentes de EAN.

Para serem efetivas, as atividades de EAN devem prezar por uma comunicação que considere a escuta ativa e próxima, o reconhecimento das diferentes formas de saberes, a valorização da cultura e do patrimônio alimentar, bem como o monitoramento permanente dos resultados e a formação de redes entre profissionais visando à troca de experiências e ao diálogo. As temáticas a serem trabalhadas nas atividades de EAN devem contemplar contextos gerais e necessidades alimentares específicas, a exemplo de populações tradicionais e pessoas com deficiência.

Traduzindo essa diretriz para o âmbito distrital, a PAAS é um dos temas prioritários do PDS, do PDPS, do PDSAN, do Plano de Enfrentamento das DCNT da SES-DF e de diversos outros regulamentos, normas e dispositivos monitorados pelos setores da Secretaria de Saúde.

Ressalta-se que as ações educativas de alimentação e nutrição destinadas aos indivíduos e coletividades do DF devem estar apoiadas nas diretrizes e recomendações oficiais para a Alimentação Adequada e Saudável (AAS), como aquelas dispostas no Guia Alimentar para a População Brasileira, no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas, no Instrutivo sobre Metodologia de Trabalhos em Grupo para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, no documento sobre os Alimentos Regionais Brasileiros do MS, entre outras publicações oficiais e atualizações futuras.

O processo de escolhas alimentares saudáveis inicia-se nos primeiros anos de vida, o que reforça a importância do incentivo ao aleitamento materno e, em seguida, da introdução da alimentação complementar de forma adequada, como preconizado pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Esses fatores geram reflexos importantes na adoção de uma AAS ao longo da vida, contribuindo para a proteção contra todas as formas de má nutrição e as DCNT, como obesidade, diabetes, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer, que, em conjunto, são responsáveis pelas principais causas de morte no Brasil e no mundo. Na SES-DF, essa atuação dá-se principalmente por meio da EAAB, que acontece desde 2013 em todas as UBS e envolve a realização de oficinas com os servidores e também com a população.

O modo de consumo alimentar atual é resultante da interação entre elementos individuais, socioculturais, econômicos, sistêmicos e ambientalmente sustentáveis. Referindo-se ao último aspecto, as escolas são exemplos de ambientes promotores de saúde. Outras estratégias importantes para a promoção da alimentação adequada e saudável são as hortas comunitárias, a Comunidade que Sustenta a Agricultura (CSA), as compras institucionais de alimentos saudáveis e o fomento à regulamentação de compras institucionais da agricultura familiar.

Esta PDAN estimula a implementação de estratégias para a promoção de sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, com o fomento ao Sistema de Produção Agroecológica como alternativas de abastecimento saudável a partir do fortalecimento





de políticas públicas, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que é indutor de produção de alimentos agroecológicos saudáveis e sustentáveis e promotores de SAN, a partir do estímulo a circuitos curtos de produção. Também incentiva a utilização progressiva de alimentos de origem da agricultura familiar em contratações da administração pública, à semelhança do que é praticado pelo Programa de Alimentação Escolar, na Secretaria de Estado de Educação do DF.

Na dimensão social, o impacto na cultura relaciona-se com o desejo de consumir, estimulado muitas vezes pela propaganda de alimentos, levando à perda progressiva dos referenciais culturais das práticas alimentares e ao aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, não saudáveis. Aliada a esses aspectos e aos modos de vida contemporâneos, identifica-se a disponibilidade cada vez menor do tempo para o planejamento, o preparo e a partilha das refeições, ocasionando impactos negativos no meio ambiente e no sistema alimentar.

O envolvimento de todos os integrantes da família, inclusive crianças e adolescentes, na aquisição de alimentos e na organização das refeições permite que se conheçam novos alimentos, suas origens, novas formas de prepará-los, bem como que haja um incentivo à ampliação do repertório alimentar, valorizando a alimentação no contexto contemporâneo e compartilhando responsabilidades. Além disso, a culinária e a comensalidade são valorizadas como expressão cultural, levando-se em conta sua perspectiva histórica e intergeracional.

É importante resgatar hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares mais variados, desde a infância até a velhice. Um cardápio regional, ou até mesmo outro produto ou serviço rotulado como regional, promove não apenas o produtor ou o fornecedor, mas também o seu território, formando sua identidade geral (GINANI, 2020). Além disso, existem os chamados espaços de patrimônios alimentares, como as Feiras Permanentes de Brasília. Estudos demonstram a importância desses mercados, localizados somente na periferia do Plano Piloto, como locais de resistência cultural criados pelas diásporas nordestinas, principalmente do semiárido, que sustentam as memórias afetivas e gustativas de hábitos, culinária e comensalidade do DF. A culinária brasileira, aos seus 60 anos de existência, apresenta a característica de reunir os diferentes sabores que existem no Brasil e no mundo, principalmente dos estados que mais contribuíram para a formação da população do DF, tais como Goiás, Minas Gerais e os estados nordestinos.

Outro aspecto fundamental a ser valorizado é a memória alimentar da população usuária do SUS. Exemplifica-se, no contexto da APS, com a realização de atividades coletivas sobre a importância do ato de cozinhar e de alimentar-se em companhia. Em todos os níveis de atenção à saúde, destaca-se a necessidade de reconhecimento da importância de os profissionais de saúde estarem preparados para valorizar a cultura alimentar como um bem, de modo a promover uma alimentação adequada e saudável por meio de ações que incorporem, em seu repertório de cuidado e assistência, a bagagem cultural brasileira, principalmente aquela construída no DF.

Ainda no âmbito do SUS, tendo em vista que o DF dispõe de uma rede de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento, responsáveis pela alimentação de pacientes internados, de seus respectivos acompanhantes legalmente instituídos e de servidores em escala de plantão, os contratos de fornecimento de alimentação, bem como os cardápios elaborados e aprovados,





são instrumentos que propiciam a alimentação adequada e saudável. Essa prática deve ser aplicada também à rede de hospitais particulares, a fim de priorizar a oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados em detrimento dos produtos ultraprocessados.

As recomendações dos guias alimentares para a população brasileira e para as crianças menores de dois anos devem ser consideradas na dietoterapia de cada doença e nas orientações nutricionais de alta para os pacientes internados. Além disso, é fundamental que o hospital e sua equipe considerem, sempre que possível, a permissão de acompanhantes e/ou cuidadores no momento das refeições como um critério de comensalidade. Assim, as preferências alimentares e o ato de se alimentar em companhia passam a materializar a comensalidade como um marcador nutricional no acompanhamento clínico para a integralidade das ações na atenção nutricional.

Outro aspecto que a presente normativa recomenda é que os setores públicos responsáveis pela gestão de contratos de produção e fornecimento de alimentos adotem, junto às leis de licitação e contrato, a exigência de que a alimentação fornecida seja adequada e saudável, baseada nas recomendações oficiais, a exemplo da experiência do MS, que normatizou a oferta de alimentos saudáveis em eventos como *coffee-breaks*, coquetéis, almoços e *brunchs*.

É válido reforçar que diversos regulamentos, normas e outros dispositivos, nacionais e internacionais, estimulam a mudança de comportamentos para a melhoria do cenário epidemiológico. O DF já contempla ações e indicadores em instrumentos de gestão que abordam a temática de PAAS, mas o citado exercício deve ser ampliado e priorizado.

Também constitui medida relevante o acompanhamento e a fiscalização dos processos de produção, industrialização, comercialização e propaganda de alimentos processados e ultraprocessados, abrangendo e considerando a oferta de alimentos saudáveis do ponto de vista higiênico sanitário e a transparência e a clareza de informações nos rótulos nutricionais.

O acesso a informações de qualidade sobre alimentação e nutrição configura uma importante estratégia para a PAAS, sendo fundamental que a população do DF seja orientada, por exemplo, quanto à leitura adequada dos rótulos das embalagens e ao cuidado com a propaganda abusiva de alimentos e as infrações da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

Sabe-se que as práticas da promoção da alimentação adequada e saudável focam os modos de viver, produzir e se alimentar e dialogam com saberes, memórias e afeto, sendo fundamentais para promoção da saúde e defesa da vida.

A SES-DF propõe-se a estar inserida nas discussões e formulações de políticas públicas, de forma a unir esforços e incentivar os servidores dos diferentes níveis de atuação a realizarem continuamente ações que favoreçam hábitos alimentares saudáveis, sempre em consonância com as políticas e os programas do MS.





### 4.3. Promoção da Intersetorialidade no Contexto da Alimentação e da Nutrição

Os desafios de integrar temáticas e realizar ações intersetoriais são inúmeros. No âmbito da alimentação e da nutrição, é imprescindível abordar o tema sob a ótica dos sistemas alimentares.

Um sistema alimentar compreende todos os elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestruturas, instituições etc.) e atividades relacionados à produção, à transformação, à distribuição, à preparação e ao consumo de alimentos que irão gerar resultados no estado nutricional e de saúde das populações e também impactos socioeconômicos e ambientais na sociedade como um todo (HLPE, 2014 apud OPAS, 2017). Portanto os sistemas alimentares abrangem as várias atividades e os diversos sujeitos e processos que repercutem não só diretamente na segurança alimentar e nutricional, mas também, de maneira mais ampla, nas características ambientais, de desenvolvimento econômico e de bem-estar social dos países (ERICKSEN, 2008, apud OPAS, 2017).

Nesse sentido, temáticas de apelo intersetorial incluem a promoção da alimentação adequada e saudável, a prevenção do sobrepeso e da obesidade, a garantia da segurança alimentar e nutricional, o direito humano à alimentação adequada e saudável, o incentivo e a valorização da cultura alimentar, entre outros. Diante disso, o planejamento e a implantação dessas ações de modo integrado são fundamentais e viáveis e terão maior chance de alcançar eficiência, eficácia e efetividade.

Entende-se por intersetorialidade, para efeito deste instrumento, o aspecto que considera a articulação de saberes, potencialidades e experiências de dois ou mais sujeitos ou setores do governo, da sociedade civil ou do setor produtivo, visando à construção de intervenções compartilhadas ou correlacionadas, podendo estabelecer vínculos, corresponsabilidades e cogestão em relação às causas ou às soluções dos problemas de alimentação e nutrição. Além disso, a intersetorialidade possibilita a superação da fragmentação das políticas públicas nas várias áreas onde são executadas, de forma a promover a alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional.

Com esse olhar, assume-se que os problemas do cenário epidemiológico de alimentação e nutrição do DF não podem ser solucionados somente no contexto particular do setor saúde. É necessário buscar soluções em conjunto com diversos outros setores, tais como agricultura, educação, esporte e lazer, desenvolvimento social, segurança pública, justiça, cidadania, e contar com a atuação e participação do controle social/de organizações não governamentais.

Normativas estruturantes e outros instrumentos de gestão, como a Lei Orgânica do SUS, a Losan, a PNPS, a PNAN, a PNSAN e a PNAB, reconhecem e expressam a necessidade de planejar e organizar as ações de forma intersetorial. No contexto do DF, somam-se a construção do PDPS e o PDSAN, os quais trabalham claramente esse exercício.

A perspectiva da atuação intersetorial deve ser transversal a todas as diretrizes da PDAN.

Entre potenciais atores e políticas/programas intersetoriais presentes no DF, cuja existência precisa ser reforçada e cuja atuação deve ser fortalecida, assim como para o fortalecimento das ações, citam-se: EMTN, Rede Internacional em Defesa do Direito de Alimentar (IBFAN), Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, agências internacionais, PSE, Programa





Academia da Saúde, o Fórum Distrital das Cantinas Escolares, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Grupo Gestor do Programa de Coleta e Doação de Alimentos, restaurantes comunitários, construção de cursos e frentes de trabalho com instituições de ensino e pesquisa, PAA, Política Distrital de Agroecologia e Produção Orgânica (PDAPO), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), entre outros.

Além desses citados, destacam-se outros fundamentais espaços e normativas de discussões no contexto da segurança alimentar e nutricional, que, no DF, estão vinculados à pasta de Desenvolvimento Social: Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do DF (Consea-DF), Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan-DF), as conferências distritais de SAN e o PDSAN. Esses são espaços legitimados e valiosos de interlocução intersetorial e entre governo e sociedade civil, nos quais o setor saúde deve ter atuação ativa, na tratativa de fortalecer o SUS e o sistema de SAN.

A intersetorialidade também pode ser efetivada por meio de ações de promoção do acesso a alimentos *in natura*, como banco de alimentos e feiras populares e itinerantes em horários acessíveis nas regiões administrativas, para democratizar o acesso a alimentos adequados e saudáveis.

As estruturas de gestão, como câmaras técnicas, comissões e grupos de trabalho, assim como os grupos informais constituídos nos diversos locais da rede SUS do DF, reuniões nas comunidades dos territórios de atuação da APS, membros da rede de voluntários que atuam nos equipamentos públicos, todos devem ser consolidados para a contribuição da promoção da alimentação adequada e saudável e da segurança alimentar e nutricional do sujeito e da população como um todo.

Todavia, precisa-se ressaltar de forma bem clara que a construção das parcerias intersetoriais não deve incorrer em conflito de interesses com as temáticas de promoção da saúde e da realização do DHAA, além de dever respeitar as normativas relacionadas, a exemplo da NBCAL, instituída pela Lei Federal nº 11.265/2006 e consolidada pelo Decreto nº 9.579/2018.

Objetiva-se também que a atuação do setor saúde seja ampliada para as pautas e ações da SAN, o DHAA, a valorização tanto da agricultura familiar como da produção orgânica e de base agroecológica e o incentivo e o fortalecimento de parcerias para a produção de hortas e outras formas de produção no contexto urbano, tais como os espaços públicos governamentais.

É preciso fortalecer a agenda intersetorial com ações articuladas e vinculadas ao PDSAN para contribuir para o acesso sustentável à “comida de verdade” e para a redução da insegurança alimentar e nutricional.

Em situações de emergência em saúde pública, como a vivenciada no contexto da pandemia da Covid-19, destaca-se a importância de potencializar ações intra e intersetoriais em alimentação e nutrição para contribuir no enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional.

Com a publicação da PDAN, recomenda-se a criação, na SES-DF, de uma instância de assessoramento da PDAN, com participação ativa do Conselho de Saúde do DF (CSDF) e das áreas envolvidas com a temática de alimentação e nutrição, com a finalidade de monitorar e avaliar sua implementação.





#### 4.4. Vigilância Alimentar e Nutricional

A VAN compõe a vigilância em saúde do DF e abrange atividades continuadas e sistemáticas de observação, coleta e análise de dados e de disseminação de informações que descrevem a situação de saúde e nutrição da população e seus fatores determinantes. Essa estratégia possibilita a predição da magnitude e de tendências das condições relacionadas à alimentação e à nutrição e fornece subsídios para o planejamento e a organização da atenção nutricional na RAS. Sua organização no DF deverá contemplar a vigilância contínua dos usuários nos serviços de saúde, aliada aos sistemas de informações em saúde e aos estudos epidemiológicos periódicos nacionais, regionais e até mesmo locais (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015; BORTOLINI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, no âmbito do SUS-DF, a VAN deve estar integrada aos diversos sistemas de informação em saúde existentes. Inquéritos nacionais como a POF, a VIGITEL, a PeNSE, a PNDS, a PNAD e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) são fontes importantes para a VAN no DF, pois fornecem informações periódicas que permitem a identificação, a distribuição e a verificação da tendência alimentar e nutricional da população do DF, viabilizando estudos comparativos com outras unidades federativas, bem como com a média nacional, e avaliação do comportamento ao longo do tempo.

Os sistemas de informação disponíveis no SUS-DF, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), podem auxiliar no monitoramento de alguns desfechos relevantes para a temática da VAN.

No âmbito da APS do DF, o e-SUS APS, sistema federal que integra o SISVAN, deve ser utilizado também com o enfoque da VAN pela equipe multidisciplinar qualificada, incorporando as informações junto à RAS. Para o diagnóstico amplo, faz-se necessária a análise conjunta dos dados da VAN com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade e cobertura de programas e dos serviços de saúde. Esse diagnóstico também poderá apoiar, de forma intersetorial, a vigilância da segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2012b).

O monitoramento do estado nutricional da população é uma potencial ação a ser proposta e realizada no contexto intersetorial, como em ambiente escolar, restaurantes comunitários e programas de atividade física, e com o uso de estratégias como chamadas nutricionais. Além disso, os gestores e a sociedade devem reconhecer a VAN como parte estruturante para auxiliar na organização da construção das RAS e das linhas de cuidado (BRASIL, 2015).

No contexto distrital, a “atitude de vigilância”, entendida como “um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do ciclo de vida”, precisa ser fortalecida e ampliada em cobertura para além do público infantil e de titulares de direito de programas de transferência de renda, os quais possuem, entre as condicionalidades do setor saúde, o acompanhamento e o monitoramento do estado nutricional. Assim, o acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar da população do DF é uma forma de ratificar a importância da nutrição como coadjuvante das ações básicas de saúde; é um olhar de promoção da saúde (BRASIL, 2004).





A valorização da VAN em todos os níveis de atenção à saúde permite subsidiar o planejamento e a atuação dos serviços. Habitualmente, a VAN é realizada mais amplamente nos serviços de APS, entretanto é importante difundir a prática nos demais níveis, principalmente por ela propiciar o monitoramento das condições clínicas dos usuários. Esse monitoramento contribui para o enfrentamento das condições crônicas associadas à alimentação.

No nível secundário, a VAN colabora para o acompanhamento da condição de saúde de pacientes de ambulatórios de alterações genéticas e doenças raras e ambulatórios de ostomias, por exemplo, propiciando o reconhecimento de especificidades. No contexto hospitalar, e também em outros, a VAN é extremamente importante no manejo da desnutrição hospitalar, que reflete no tempo de internação, na recuperação do indivíduo e nos custos do SUS-DF.

Em virtude da potencialidade e da qualidade das informações que a VAN pode fornecer para a gestão, é importante que indicadores de VAN sejam pactuados nos instrumentos de planejamento da Secretaria de Saúde, como, por exemplo, no PDS, na Programação Anual de Saúde (PAS), no Acordo de Gestão Regionalizado (AGR) e no Acordo de Gestão Local (AGL). Essas pactuações, além de reforçarem a importância do registro dos dados, permitem que o monitoramento das informações seja realizado ao longo do tempo.

Recomenda-se, a partir desta normativa, o uso de tecnologias de saúde, como aplicativos e ferramentas digitais integradas, inclusive de forma intersetorial, que possam ampliar, com qualidade e agilidade, a cobertura das informações relacionadas ao estado nutricional, fomentar o seu uso nas pactuações de indicadores e integrar a RAS. Dessa forma, busca-se efetivamente valorizar a VAN e sua aplicação no sentido mais amplo: o uso da informação para a ação. Nesse sentido, os diversos profissionais de saúde e gestores devem utilizar a informação, proveniente de várias fontes, para a elaboração de recomendações e diretrizes, bem como compartilhar *feedbacks* com as equipes que coletaram os dados.

## **4.5 Gestão e Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição**

### **4.5.1. Gestão das ações de alimentação e nutrição no Distrito Federal**

A inserção das ações de alimentação e nutrição no SUS, de forma integrada e articulada, exige a atuação nos espaços da macro e da micropolítica. A macropolítica trata das normas e regulamentos da saúde, das carreiras do SUS, da realização do direito à saúde e da intersetorialidade com reforço das ações de promoção à saúde e ênfase na promoção da alimentação saudável (REDENUTRI, 2010).

A partir disso, no que se refere à micropolítica, há, no setor saúde, a necessidade de valorização do trabalho em equipe, o respeito às diversidades e aos saberes e a ampliação da comunicação e da interlocução entre os diversos serviços (CHAVES SE, 2014). É responsabilidade dos diferentes níveis gestores promover a integralidade do cuidado em saúde de forma relacional





e o desenvolvimento de habilidades para trabalhar com as subjetividades, considerando as singularidades de cada território (REDENUTRI, 2010).

No DF, os esforços de implementação da PNAN culminaram na estruturação da área técnica de alimentação e nutrição da SES-DF, com a inclusão da Gerência de Serviços de Nutrição no organograma (GDF, 2018), que é responsável pela gestão dos programas e ações de alimentação e nutrição propostos pelo Governo Federal. A área técnica de alimentação e nutrição faz parte de uma rede de nutrição do MS composta por estados e municípios brasileiros, tendo como responsabilidade a gestão das ações de alimentação e nutrição, de articulação e de retaguarda a todos os serviços de saúde da SES-DF.

A organização da atenção nutricional foi realizada nos diversos serviços de saúde, com a publicação de manuais, formulários, protocolos e notas técnicas, a implementação do SISVAN, os programas de suplementação de micronutrientes, a estruturação do PTNED (pioneiro no Brasil no suporte nutricional de pacientes desospitalizados que necessitavam de alimentação especial), entre várias outras ações que foram atualizando o cuidado nutricional na SES-DF.

A atuação da área técnica de alimentação e nutrição nos importantes espaços de discussão de ações intra e intersetoriais, como o Conseia-DF e a Caisan-DF, e em diversos grupos de gestão e de trabalho favorece a atuação conjunta com outros setores que trabalham com a temática da alimentação e da nutrição.

A área técnica de alimentação e nutrição possui a competência técnica necessária para proposição e pactuação de ações de segurança alimentar de forma continuada e sustentável, tendo alcançado a legitimidade para representar a SES-DF nesses espaços intersetoriais. Essa atuação levou à incorporação de ações de saúde e nutrição em normativas e instrumentos de gestão relevantes, como a Losan do DF, o PDSAN e o PDPS, demonstrando a importância da constante construção de parcerias e articulações interinstitucionais para avançar na agenda da alimentação e nutrição.

Durante o processo de reestruturação da atenção à saúde na SES-DF, para estabelecer um novo modelo para a atenção à saúde, baseado nas redes de atenção e na gestão do cuidado a partir das necessidades da população do território de saúde, foi estabelecida a Política de APS do DF e a organização do sistema de saúde do GDF com base na Estratégia Saúde da Família.

Nesse importante momento de estruturação dos NASF-AB, a gestão promoveu a inclusão de carga horária mínima e a lotação de servidores nutricionistas nos NASF-AB. A disponibilidade do nutricionista em equipes multiprofissionais permite ampliar a atenção nutricional e as ações de promoção da alimentação saudável, bem como identificar e atuar nos problemas nutricionais e doenças relacionadas de maior relevância em cada território.

Para completar a reestruturação, a SES-DF promoveu o dimensionamento de profissionais de saúde para todos os serviços, incluindo aqueles que necessitam de nutricionistas e/ou técnicos em nutrição e dietética, como os NASF-AB, as equipes de atenção domiciliar, os ambulatórios de atenção secundária, as Unidades de Pronto Atendimento, os BLH, as unidades hospitalares e a administração central. Assim, com base em normas do GDF, da SES-DF e de conselhos de classe de nutricionistas e técnicos em nutrição e dietética, foram realizados sucessivos processos de seleção, lotação e movimentação de servidores, de forma a garantir a execução das ações de alimentação e nutrição nos diferentes serviços de saúde. Essa linha de





ação é de extrema importância, e a SES-DF deve impulsionar a qualificação do serviço com a lotação de mais profissionais, considerando o crescimento populacional e o perfil epidemiológico e nutricional dos habitantes do DF.

Também sofreram alterações os processos de planejamento das ações de saúde da SES-DF, passando para um modelo regionalizado, em que as ações são pactuadas nos âmbitos locais e regionais e no âmbito da gestão, na perspectiva das RAS.

Com a gestão em saúde estruturada, é primordial que as ações de alimentação e nutrição passem a ser formalizadas nos processos de planejamento e orçamento, em todos os âmbitos, compondo uma agenda articulada para o DF, que seja divulgada e garanta recursos orçamentários e financeiros para sua efetiva execução e o avanço nas respostas dessa agenda às necessidades da população.

#### 4.5.2. O financiamento das ações de alimentação e nutrição

A implementação e a execução das estratégias e ações de melhoria das condições de alimentação e nutrição da população e a sustentabilidade delas dependem da garantia de financiamento específico.

Cabe aos gestores das ações de alimentação e nutrição participarem das etapas de planejamento e orçamento do SUS-DF, de modo a garantir em programa próprio os recursos necessários para essa agenda específica, bem como sua adequada execução financeira em tempo oportuno. Para isso, é preciso acompanhar todas as etapas de preparação do orçamento da saúde em particular, apropriar-se do orçamento distrital em geral, bem como participar das discussões e dos processos decisórios sobre o financiamento do SUS e o financiamento para a saúde no DF. Dessa forma, deve-se propor, negociar e elaborar propostas qualificadas e participar ativamente das negociações e pactuações. Para tal iniciativa, é relevante a capacitação permanente dos técnicos e gestores que atuam na agenda de alimentação e nutrição, de modo a adquirirem as habilidades e capacidades necessárias para tal.

No âmbito federal, o financiamento para a implementação das diretrizes da PNAN priorizou, historicamente, a prevenção e o tratamento das carências nutricionais específicas com a disponibilização de recursos e a aquisição e a distribuição de insumos; as ações de vigilância alimentar e nutricional foram privilegiadas com aquisição de equipamentos para os serviços de saúde; houve a capacitação em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde, com eventos e conteúdos específicos; e realizou-se a organização da atenção nutricional no SUS por meio de processos de trabalho adequados aos diferentes serviços.

As fontes federais de financiamento são fundamentais para a realização das ações de alimentação e nutrição. Entre elas, têm destaque o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), que é um incentivo financeiro para a estruturação e a implementação das ações de alimentação e nutrição em conformidade com as diretrizes estabelecidas na PNAN; o PSE, o qual visa à integração e à articulação dos setores da educação e da saúde com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes e o enfrentamento das vulnerabilidades, com vistas ao pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública





de ensino; e o Crescer Saudável, cujo objetivo é apoiar as ações de prevenção, redução e controle da obesidade infantil no âmbito do PSE. Esforços precisam ser feitos para a integral execução dos recursos destinados ao DF.

No DF, existe o financiamento para o PTNED, que tem por finalidades contribuir para a desospitalização e promover a humanização do cuidado em saúde. É necessário que esse recurso seja garantido anualmente para a plena execução do programa, de forma a evitar a descontinuidade do tratamento nutricional aos usuários cadastrados. Por isso, é parte da agenda de nutrição a garantia desse recurso específico de forma permanente no orçamento da SES-DF.

Da mesma forma, por se tratar de um custeio distrital, é fundamental que a SES inclua, no planejamento e no orçamento, os recursos necessários para o fornecimento de alimentação aos pacientes internados, respectivos acompanhantes legalmente instituídos e servidores autorizados nas unidades de saúde da rede, já que é uma atividade ininterrupta e essencial para o funcionamento das unidades que englobam internação.

Essa alimentação hospitalar configura-se em uma ação de garantia da segurança alimentar e nutricional à população internada e, para que ela aconteça de forma adequada, depende da fiscalização dos contratos de fornecimento, garantindo a adequação nutricional e a segurança higiênico-sanitária das refeições produzidas pelas empresas contratadas, que devem seguir as diretrizes do Guia Alimentar Para a População Brasileira, quando aplicáveis. Da mesma forma, quando o fornecimento de alimentação hospitalar for realizado por unidades contratualizadas com o SUS-DF, estas devem estar comprometidas em seguir as normativas e diretrizes vigentes.

Além das fontes existentes, há a necessidade de ampliar os recursos de capital para atender e equipar todos os serviços dos três níveis de atenção à saúde e da vigilância em saúde. A execução desses recursos proverá quaisquer equipamentos (antropométricos, materiais audiovisuais) e instrumentos que sejam necessários à avaliação nutricional e que permitam a atuação dos profissionais no contexto da educação alimentar e nutricional, entre outras ações.

Nesse contexto, também é importante o fomento à produção científica e às pesquisas epidemiológicas na área de alimentação e nutrição que estudem territórios de saúde do DF. Esses estudos podem ser oriundos de iniciativa própria de órgãos de dados do GDF ou fomentados pela própria SES-DF, ou mesmo propostos por outras instituições de pesquisa ou órgãos governamentais federais por meio de parcerias. A resultante produção de dados servirá não só para a análise dos parâmetros de saúde e suas repercussões, mas também, e principalmente, como ferramenta para a tomada de decisões quanto à necessidade de produção de políticas públicas e alocação de recursos.

Para que a agenda de alimentação e nutrição amplie o orçamento para suas ações no âmbito do DF, é necessário que haja cada vez mais entendimento, por parte dos gestores de orçamento e finanças do SUS, sobre seus desafios e que sejam buscadas constantemente soluções relacionadas à ampliação de recursos baseada em estudos da economia em saúde, sempre monitorando as análises do impacto dessas medidas na redução de gastos com doenças relacionadas com alimentação e nutrição no SUS.

O alcance de bons resultados na execução exige clareza das ações a serem realizadas, dos seus objetivos e da sua temporalidade. Também é importante definir como esses recursos serão incluídos nos diversos planejamentos e quais deles





(financeiros, humanos ou materiais) deverão ser empregados na realização. Para isso, devem sempre ser consideradas a disponibilidade orçamentária e a legislação vigente.

É, portanto, fundamental a participação e o engajamento dos setores envolvidos de forma direta na execução dos repasses orçamentários, como no caso do FAN, para atender as necessidades de aquisição de produtos ou serviços, com atenção à evolução das demandas dos serviços, gerindo com eficiência o processo.

Recomenda-se, portanto, a priorização das ações necessárias à utilização dos recursos federais para o financiamento das ações de alimentação e nutrição e, considerando sua relevância na saúde, a busca constante por ampliação e garantia dos recursos distritais para o fortalecimento dessas ações e a garantia da SAN no contexto do SUS-DF.

#### **4.5.3. Fortalecimento das capacidades de gestão, liderança e execução orçamentária na agenda de alimentação e nutrição na Saúde**

A legislação do SUS atribui à sua direção nacional a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal. No tocante ao planejamento e ao orçamento do SUS, estabelece que estes sejam ascendentes, do nível local para o federal. Nesse processo, os órgãos deliberativos devem ser ouvidos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos nos planos de saúde dos entes federativos (BRASIL, 1990).

As ações de alimentação e nutrição devem compor os planejamentos e planos de ação cujos objetivos devem ser definidos de acordo com as especificidades epidemiológicas, nutricionais, demográficas, socioeconômicas e de organização da RAS. Esse processo deve ocorrer em articulação com representantes de outras áreas para além da alimentação e nutrição, como representantes das coordenações de APS, da rede de DCNT (e de outras redes, quando couber), da vigilância em saúde, da SAN, do conselho de saúde, bem como de outros setores que possam estar direta ou indiretamente relacionados com a implementação ou que possam interferir para a pactuação, a operacionalização e o êxito dessas ações (BRASIL, 2018a).

A área de gestão deve definir, junto aos profissionais de saúde, a partir do processo de planejamento, a organização do fomento e o monitoramento das ações de alimentação e nutrição, de forma a garantir a execução da prevenção e do controle das carências nutricionais, da adequação de equipamentos e da estrutura dos serviços para a realização das ações de VAN, da educação permanente e continuada para trabalhadores de saúde, da organização dos processos de trabalho para a adequada atenção nutricional, da construção e da atualização de protocolos, manuais e normas técnicas e da promoção da alimentação adequada e saudável.

Além disso, é importante reforçar o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, o acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população, bem como o monitoramento e o acompanhamento dos





programas e ações estratégicas de alimentação e nutrição, como a EAAB, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade e programas de iniciativa local para enfrentamento de problemas de maior relevância (BRASIL, 2018a).

Para isso, além do conhecimento técnico-científico, a gestão técnica das ações de alimentação e nutrição precisa contar com profissionais com competência para buscar novos financiamentos para a área e executar adequadamente os recursos disponíveis, com capacidade de liderança, articulação e negociação, de modo a garantir a interface da agenda de nutrição com as demais agendas de saúde e outras agendas externas, bem como com potencial para identificar oportunidades e tornar o tema uma prioridade da SES-DF.

Estimular e divulgar as experiências de sucesso das equipes de saúde na agenda de nutrição, a fim de disseminar conhecimento e induzir os profissionais à melhoria da qualidade das ações desenvolvidas, seria uma importante frente de atuação, para evidenciar sua importância na tomada de decisões políticas da SES-DF. Além disso, é fundamental a articulação com universidades e instituições de ensino e pesquisa para se avançar na formação de novos gestores e na realização de estudos que subsidiem a tomada de decisão e permitam o aprimoramento das ações desenvolvidas.

O alcance da visibilidade da alimentação e da nutrição envolve a promoção do protagonismo de atores sociais diversos, institucionais ou não, na construção e no fortalecimento da temática nas agendas técnicas e nas políticas públicas da saúde no DF. Para isso, é preciso, cada vez mais, buscar estratégias de formação de lideranças em nutrição que adquiram conhecimento e experiência sobre os mecanismos de gestão e financiamento do SUS (BRASIL, 2018c).

Essas lideranças são fundamentais para realizar o engajamento ativo e a defesa de uma agenda de propostas de ações de alimentação e nutrição, atuando de forma planejada e estratégica para alcançar os resultados positivos almejados para a saúde da população do DF.

Esse esforço deve se direcionar aos gestores, formuladores de políticas e tomadores de decisão no setor da saúde e nos demais espaços intersetoriais e de deliberação, incluindo os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e também outros setores da sociedade, os quais devem ser incluídos na formulação, na aprovação e na execução de políticas governamentais.

Dessa forma, é fundamental capacitar cada vez mais técnicos e gestores da SES-DF, para que se tornem atuantes em ações que envolvem o ciclo da política pública, em especial o impacto orçamentário e financeiro, e a adequação à Lei Orçamentária Anual, considerando a compatibilidade com o Plano Plurianual e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Também é necessário conhecimento da legislação e do ciclo orçamentário como processo contínuo de análise e decisão ao longo de todo o exercício financeiro e plurianual, assim como mapear os dados necessários à proposição racional de ações de alimentação e nutrição, de forma a sensibilizar positivamente os agentes envolvidos para a tomada de decisão favorável às propostas defendidas (BRASIL, 2018c).

Esses diferentes agentes, então, devem estar propensos a unir esforços na consolidação de parcerias com os gestores e profissionais de diversas áreas para a realização dessas ações, as quais, em sua complexidade, têm como objetivo comum a realização do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas (DHANA) (BRASIL, 2018a). Recomenda-se, por meio da





PDAN, o amplo fomento de espaços para debates, para além do Poder Executivo, na direção de alertar, argumentar e propor a execução de ações e a publicação de marcos legais que valorizem e garantam a promoção da alimentação e da nutrição.

#### 4.5.4. O monitoramento e a avaliação da implementação da política de alimentação e nutrição

Uma política pública evidencia a necessidade de um processo contínuo de monitoramento e avaliação, com a finalidade de verificar o impacto da sua implementação (BRASIL, 2018a). Uma política de alimentação e nutrição deve ser acompanhada objetivando aprimorar sua execução no SUS. O foco deve ser o efeito da política na saúde e na qualidade de vida da população, para determinar a tomada de decisões e a proposição de normas e ações que afetem o desempenho de seus indicadores nos diferentes âmbitos do SUS (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, é fundamental realizar o monitoramento ao longo de todo o processo de implementação da PDAN para identificar possíveis barreiras e obstáculos e gerar dados para a redefinição das ações a serem realizadas. Esse exercício deve ser um dos objetivos de atuação da Comissão de Assessoramento da Política Distrital de Alimentação e Nutrição.

O monitoramento das ações de alimentação e nutrição deve ser definido a partir dos problemas existentes, das estratégias adotadas, dos objetivos determinados e das metas pactuadas. A partir desses instrumentos de avaliação, deve-se considerar, por exemplo, se os problemas nutricionais identificados foram reduzidos; se houve a participação e o acesso da população aos programas e ações; se a divulgação dos serviços e ações de saúde à população foram eficientes; se foi priorizada a alocação de recursos fundamentados na epidemiologia; se os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a política foram implantados; e, especialmente, se foi garantida a incorporação, na agenda do governo, de concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013a).

Uma forma importante de monitoramento e avaliação da PDAN deverá ocorrer por meio de pesquisas que produzam 201saúde do DF, entre outros, capazes de orientar a política pública (avaliação *ex-ante*, por exemplo), bem como avaliar o seu impacto.

Para que todas as informações estejam aptas a produzirem ações concretas, é preciso aprimorar, no âmbito da gestão distrital das ações de alimentação e nutrição, estratégias e ferramentas informatizadas que tornem públicas e de fácil acesso as informações sobre os dados epidemiológicos, os programas e ações disponíveis e as formas de acesso; que avancem na transparência da execução dos recursos e no alcance das metas planejadas; que facilitem a atualização de dados para que as equipes de saúde estejam sempre cientes, com informações sobre atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas; e que permitam o acompanhamento e a participação social dessa agenda.

Após sua publicação, a PDAN passa a ser um importante marco no sentido de tornar pública a agenda da saúde para a área de alimentação e nutrição do DF. Espera-se que sua implementação seja acompanhada e avaliada de forma continuada,





de forma que se aprimorem as ações dela decorrentes, para que sejam capazes de produzir melhorias efetivas na saúde da população.

#### 4.6. Controle e Regulação em Alimentos e Ambientes de Alimentação e Nutrição

A Constituição Brasileira, no inciso VI do art. 200, dispõe que compete ao SUS fiscalizar e inspecionar alimentos, no que se refere ao controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano. O controle e a regulação de alimentos destacam-se como duas das diretrizes da PNAN que possuem estreita interface com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), na medida em que ambos apresentam a finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, da comercialização e da distribuição de alimentos.

Em articulação com a Anvisa, coordenadora do SNVS, a Vigilância Sanitária do Distrito Federal (VISA-DF) é a principal instituição do setor saúde responsável pelas ações de controle dos alimentos no DF, de forma compartilhada com órgãos da área da agricultura e em parceria com entidades de defesa do consumidor. A segurança sanitária e seu controle compreendem não apenas os riscos tradicionalmente estabelecidos, como a presença de contaminantes, organismos patogênicos e aditivos (riscos físicos, químicos e biológicos), mas também os riscos relativos à composição nutricional dos alimentos, os quais devem ser considerados de forma expressiva como geradores de doenças e cuja composição, portanto, deve compor o conjunto das ações de monitoramento de alimentos por parte do SNVS.

São ações rotineiras da VISA-DF o monitoramento da qualidade sanitária dos alimentos em todo o DF, inclusive a análise de rotulagem e a fiscalização das boas práticas de fabricação de alimentos em indústrias de diversos portes — desde o microempreendedor e o produtor artesanal até o exportador de alimentos — e em serviços de alimentação, a exemplo de instituições que fornecem refeições a coletividades, como hospitais, escolas, creches, abrigos, sistemas socioeducativos, restaurantes comunitários, hotéis, presídios e eventos públicos e privados que envolvem alimentação. A oferta e a comercialização de alimentos e refeições em feiras, restaurantes, supermercados, bares, panificadoras e comida de rua são também objeto de controle e regulação, assim como o licenciamento sanitário de estabelecimentos, o atendimento a denúncias e a investigação de surtos alimentares. Importa destacar que a responsabilidade pela produção e oferta de alimentos saudáveis é compartilhada entre o setor produtivo e a sociedade, tendo a Vigilância Sanitária papel de orientação e fiscalização, enquanto o consumidor atua como coparticipante.

Relativamente a serviços de alimentação, cabe ênfase na necessidade de qualificar o fornecimento público institucional de alimentos no DF, uma linha de ação que importa pela amplitude de alcance justamente junto à população mais vulnerável. É possível empreender esforços para aperfeiçoar processos de aquisição de alimentos e contratação de serviços de alimentação por parte de distintos órgãos da administração pública, mirando no aprimoramento dos contratos. Esse aperfeiçoamento deve





acontecer desde a elaboração de termos de referência até o monitoramento da execução dos serviços por responsáveis técnicos devidamente qualificados, etapas em que devem ser contemplados atributos de segurança sanitária e qualidade nutricional. De maneira análoga, doações de alimentos a entidades públicas ou sem fins lucrativos devem ser realizadas com segurança sanitária e de forma complementar ao papel do Estado em garantir uma alimentação adequada e saudável a pessoas em situação de vulnerabilidade.

O complexo perfil de saúde da população do DF exige a implantação de medidas de saúde pública que atuem diretamente nos ambientes e fatores de risco com vistas à redução dos agravos relacionados às DCNT, em especial os quatro fatores de risco individuais modificáveis envolvidos na causalidade destas doenças: tabagismo, inatividade física, uso nocivo de álcool e alimentação não saudável.

As evidências científicas apontam para a necessidade de implantar e fortalecer as medidas regulatórias voltadas a prevenir e controlar os fatores de risco para DCNT. Para além da ampliação da responsabilidade individual das pessoas por sua saúde, o ambiente pode apoiar ou reduzir a autonomia para a ação em seu próprio interesse. Assim, ações de regulação e controle podem contribuir para romper a lógica de ambientes que levam ao consumo de alimentos não saudáveis. Ganham destaque, nesse sentido, o arcabouço normativo disponível, o poder de polícia e o papel educativo como instrumental próprio da Vigilância Sanitária.

Implementar essas ações traz como desafios o fortalecimento institucional e a mudança de cultura na área de Vigilância Sanitária de alimentos. É premente a necessidade de recomposição da força de trabalho e a promoção de educação continuada aos trabalhadores da VISA-DF, a fim de se permitir a ampliação do escopo de atuação e a modificação da forma de olhar para o risco nos alimentos e nas práticas alimentares. Tal mudança de perspectiva intenciona priorizar ações voltadas para a promoção de ambientes saudáveis, de maneira integrada com ações de vigilância e de atenção à saúde, e estender o espectro de fiscalização, para abarcar o controle de riscos crônicos.

A VISA-DF vem estruturando a gestão na área de alimentos, buscando expandir suas ações para além das questões de boas práticas de manipulação e incorporando a visão ampliada do risco crônico relacionado ao consumo de alimentos. Essa estruturação vem permitindo fortalecer as ações voltadas para o controle e a regulação, como a edição de instruções normativas específicas para o DF na área de alimentos; o monitoramento e a fiscalização da Lei e do Decreto referentes à NBCAL e da Lei de comercialização de alimentos em cantinas escolares no DF; a fiscalização e a orientação ao setor produtivo de alimentos para adequação dos dizeres de rotulagem nas embalagens; e o monitoramento de resíduos de agrotóxicos e da presença de aditivos e contaminantes em alimentos. Além disso, a VISA-DF participa, junto à Anvisa, do monitoramento de teores de açúcar, sal e gorduras e realiza a fiscalização de cumprimento da legislação de tabagismo em locais como bares e restaurantes.

Esta PDAN apoia a implementação da rotulagem nutricional frontal nos alimentos com uso de alertas relativos à composição nutricional, como forma de melhorar a qualidade das escolhas, considerando que o rótulo é espaço de disputa social para promoção comercial, mas, antes disso, deve ser instrumento de informação de saúde. A PDAN é também favorável à construção de normativas nacionais voltadas à taxação de produtos ultraprocessados e bebidas adoçadas, bem como à





regulamentação da publicidade de alimentos dirigida a crianças e adolescentes, visando resguardar e ampliar a autonomia nas escolhas alimentares por meio de acesso à informação correta e completa, sem prescindir de políticas públicas voltadas à garantia de acesso físico e financeiro a uma alimentação adequada e saudável, culturalmente referenciada, centrada em alimentos básicos e de qualidade. Essas estratégias são as de melhor custo-efetividade de acordo com as evidências científicas, em especial para o controle da obesidade infantil.

#### **4.6.1. Regulação da oferta, da comercialização e da promoção comercial de alimentos, preparações e bebidas ultraprocessadas em escolas públicas e privadas**

O ambiente escolar é propício e fundamental para a promoção de hábitos saudáveis por caracterizar-se como espaço de formação e potencialização de práticas, no qual as pessoas passam grande parte do seu tempo vivendo, aprendendo e trabalhando. O ambiente em que crianças e adolescentes fazem suas escolhas alimentares precisa favorecer as opções saudáveis e protegê-los dos fatores que contribuem para as doenças relacionadas à alimentação e à nutrição.

As políticas que restringem a disponibilidade de bebidas e alimentos não saudáveis dentro da escola são um mecanismo para reduzir influências negativas no processo de formação de hábitos alimentares. O DF dispõe da Lei nº 5.146, regulamentada pelo Decreto nº 36.900, que versa sobre a oferta e a comercialização de alimentos em cantinas. O desafio é o monitoramento e a fiscalização dos ambientes escolares e seus entornos no que diz respeito ao cumprimento da legislação. Devem ser ampliadas as ações educativas e de divulgação da importância da Lei junto à comunidade escolar e à população em geral, com a finalidade de fortalecer uma cultura de apoio à alimentação saudável no espaço escolar, além de dar continuidade a ações de fiscalização e ao estabelecimento de mecanismos efetivos de responsabilização sanitária em casos de descumprimento.

#### **4.6.2. Regulação para a promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais**

Esta Política apoia a edição de normativas voltadas à promoção de ambientes que favoreçam modos de vida mais saudáveis, não apenas quanto à oferta de alimentos, como também quanto à promoção de práticas corporais e atividades físicas em diversos espaços institucionais e ambientes de trabalho. Essas iniciativas podem ser, por exemplo, salas de amamentação, espaços para atividade física, bicicletários, espaços adequados para armazenar e realizar refeições trazidas de casa e elaboração de recomendações nutricionais para restaurantes e lanchonetes, visando à redução de oferta e consumo de bebidas adoçadas e alimentos ultraprocessados, com ampliação da oferta de alimentos *in natura*.





#### **4.6.3. Monitoramento da comercialização e da publicidade de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância**

A comercialização e a publicidade de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância no Brasil são reguladas por Lei e Decreto. Tais instrumentos são importantes avanços na regulação das práticas comerciais e publicitárias sobre fórmulas infantis, leites, alimentos de transição e produtos como bicos, mamadeiras e chupetas, pela sabida influência negativa sobre o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Considerando o risco dessas práticas para a alimentação infantil, é essencial fornecer subsídios aos profissionais de saúde e de Vigilância Sanitária e à população como um todo, para que possam monitorar o cumprimento da legislação, apropriando-se de seu instrumental. O SNVS é responsável pela fiscalização das práticas de comercialização e publicidade dos itens abrangidos pela legislação em questão, e as empresas que produzem e comercializam tais produtos devem ser acionadas para cumpri-la.

#### **4.6.4. Perfil nutricional de alimentos**

A redução do consumo de sódio, gorduras e açúcar tem sido foco das discussões de saúde pública em nível mundial, proporcionando iniciativas como a reformulação de alimentos processados com redução desses componentes, visando à melhoria do seu perfil nutricional. Desde o ano de 2004, o tema é enfatizado no âmbito da OMS por meio da Estratégia Global sobre alimentação, atividade física e saúde e do Plano de Ação Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

O MS e a Anvisa pactuam as metas de redução de açúcar e sal nos alimentos com o setor produtivo, e a VISA-DF participa do monitoramento relativo ao cumprimento das metas de redução de teores nos produtos, realizando inclusive análises laboratoriais de alimentos.

#### **4.6.5. Monitoramento de agrotóxicos nos alimentos**

As crescentes evidências científicas quanto aos danos causados à saúde e ao ambiente pelo uso de agrotóxicos indicam a necessidade de reduzir progressivamente esse uso na produção agrícola, na pecuária e nas atividades extrativista e de manejo dos recursos naturais, contribuindo para a promoção da saúde e da sustentabilidade ambiental, com a produção de alimentos saudáveis.

O DF participa da agenda nacional de monitoramento dos resíduos de agrotóxicos nos alimentos, coordenada pela Anvisa, cujos resultados demonstram a importância de tal agenda ser mantida e impulsionada e, paralelamente, de implementar um programa distrital com a mesma finalidade, com vistas a ampliar o espectro de produtos analisados e focar em alimentos





produzidos no DF, conferindo maior eficácia às ações fiscais junto aos produtores locais. Cabe a elaboração de uma proposta de marco legal e aporte de recursos orçamentários específicos com vistas ao monitoramento — e a medidas para a redução progressiva — do uso de agrotóxicos nos alimentos no DF.

#### 4.7. Pesquisa, Inovação e Qualificação em Alimentação e Nutrição

A alimentação e a nutrição são consideradas áreas de conhecimentos e saberes intrinsecamente interdisciplinares. Desse modo, no campo científico, os campos da nutrição humana e da saúde coletiva dialogam com as áreas de ciências humanas e sociais, possibilitando o estudo e a investigação do complexo campo da “comida” e da sua relação biológica com o indivíduo e com a sociedade, perpassando pelos sistemas alimentares, pela disponibilidade de alimentos, pelos ambientes promotores de alimentação saudável, pela cultura e pela história alimentares, por alimentos regionais, entre outras temáticas. Essas inúmeras linhas de estudo no campo da alimentação e nutrição reforçam o desafio de trabalhar com a temática, bem como apontam para a necessidade de fortalecer ações de saúde baseadas em evidências. Para isso, o desenvolvimento de pesquisas, o apoio à inovação e o aprofundamento nesse vasto campo do conhecimento favorecem a qualificação profissional, aprimoram os serviços de saúde e contribuem para a implantação e a avaliação da presente normativa (PRADO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, no contexto da SES-DF, são inúmeras as possibilidades de realização de formação e pesquisas nas temáticas de alimentação e nutrição, ou áreas afins, inclusive pelos próprios servidores por meio das atividades realizadas nos seus processos de trabalho. Estratégias baseadas na parceria entre profissionais de saúde e instituições de ensino e pesquisa, incluindo os estágios, os Programas de Residência em Saúde e as atividades de extensão, devem ser estimuladas. O aluno de graduação e o profissional de saúde residente contribuem com o serviço de alimentação e nutrição, além de possibilitarem o desenvolvimento de pesquisas em serviço, nos diversos cenários da SES-DF, com a elaboração dos projetos de conclusão de curso, entre outros produtos. Para que essa estratégia seja efetiva, é importante que o profissional que recebe e orienta o estudante tenha um perfil humano, acolhedor e disposto a ensinar e aprender e que tenha sua prática profissional baseada em evidências recentes, a fim de contribuir com a formação adequada desse profissional.

Nesse sentido, percebe-se que a pesquisa é uma ferramenta duplamente vantajosa, pois beneficia o profissional de saúde preceptor e o serviço, bem como propicia aos alunos e residentes uma preparação concreta, crítica e mais abrangente. Com esse exercício, espera-se que os estudantes tenham uma ampliação do olhar e da elaboração de uma análise das problemáticas que emergem dos territórios pesquisados ou outros cenários, para a construção participativa e intersetorial das soluções possíveis perante os desafios encontrados (BRASIL, 2010c).

As pesquisas em conjunto com setores privados podem ser realizadas, desde que essas não tenham conflitos de interesse e que sejam de relevância para o Governo Distrital e para a população, sendo pautadas pelas necessidades coletivas de saúde desta e pelas demandas do controle social.





As pesquisas devem sempre ser orientadas por padrões éticos vigentes, com base no arcabouço regulatório nacional; e, sempre que envolverem seres humanos e suas informações pessoais e de saúde, devem ser submetidas à análise pelo sistema nacional de ética em pesquisa, para que sejam previamente aprovadas, garantindo o acompanhamento e a proteção dos participantes de pesquisas. Destaca-se o compromisso que deve ser assumido pelo pesquisador para devolutiva ao serviço ao longo da consolidação dos resultados de seu estudo.

O DF tem, no seu território, diversas agências internacionais, universidades, o Governo Federal e escolas de governo que potencializam a construção de parcerias para projetos de pesquisa, além de elaborar termos de cooperação para gerar conhecimento e informação para as diversidades do leque da alimentação e nutrição, como a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), por exemplo.

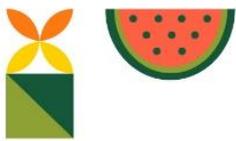
Além disso, as pesquisas podem contribuir para a gestão do serviço no que tange, por exemplo, à elaboração e à validação de protocolos; podem gerar informações acerca da carga socioeconômica das doenças, como os custos que as DCNT e a desnutrição hospitalar geram para o SUS; podem produzir conhecimento a partir dos sistemas de informação do SUS, em especial acerca da morbimortalidade relacionada ao estado nutricional e ao consumo alimentar; e também podem aplicar estudos referentes à atenção nutricional no contexto dos três níveis de atenção à saúde, identificando interações evitáveis e monitorando os indicadores de gestão ou realizando o estudo da implantação de outros novos indicadores.

Os estudos — sejam eles abrangentes e interdisciplinares, sejam eles pesquisas pontuais na rede da SES-DF — devem gerar informações sobre as mudanças provocadas por essa política pública. Além disso, os processos de monitoramento e avaliação das estratégias/dos programas geram as informações necessárias para verificar o desempenho de determinada política, o que permite realizar ajustes ao longo de sua execução (BRASIL, 2018a).

Esta PDAN incentiva a qualificação de gestores e profissionais de saúde em formação técnica, programas de graduação e pós-graduação e pactuações de frentes de trabalho com instituições de ensino e pesquisa, nos diversos temas de alimentação e nutrição, com destaque aos sistemas e ambientes alimentares, à SAN, aos aspectos sociais e simbólico-culturais da alimentação humana, aos patrimônios alimentares, ao cuidado com o excesso de peso e outros agravos associados à alimentação inadequada e à prevenção deles, à VAN e ao cuidado nutricional, priorizando as populações em situação de vulnerabilidade social, entre outros temas.

Recomenda-se, a partir da publicação desta PDAN, a criação de editais para financiamento de pesquisas nas temáticas de alimentação e nutrição nas agências de fomento, favorecendo a construção do saber da ciência da nutrição. Além disso, é válida a participação em editais nacionais e internacionais que estejam em consonância com as necessidades da rede da SES-DF. A disponibilização de incentivos financeiros, bem como a viabilização da participação dos profissionais de saúde em pesquisas, proporciona o desenvolvimento de tecnologias sustentáveis e soberanas aplicáveis à gestão e à execução das ações relacionadas à presente normativa (BRASIL, 2010d).





As ações de nutrição baseadas em evidências visam nortear e contribuir para a tomada de decisão, seja ela assistencial, seja ela de gestão (OLIVEIRA, 2018). Uma alternativa para estimular essa prática é a estratégia de troca de saberes, a exemplo das mostras de experiências bem-sucedidas do SUS-DF.

Essas experiências são exemplos de qualificação dos profissionais e gestores para a implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltados à atenção e à VAN, a promoção da alimentação adequada e saudável e da SAN, bem como exemplificam uma estratégia de educação permanente em saúde para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional no Brasil.

Para viabilizar a educação permanente em saúde, é preciso que as normativas da SES-DF contemplem essa necessidade com proteção de carga horária dos profissionais e adequação tecnológica e estrutural para atender a demanda, a exemplo de capacitações virtuais no ambiente de trabalho.

Dessa forma, a efetiva implantação desta diretriz propiciará uma base sólida de evidências para verificação dos resultados e avaliação da PDAN e, conseqüentemente, apoiará os gestores no planejamento e na tomada de decisões para a melhoria da atenção nutricional no DF.

#### 4.8. Participação e Controle Social

A participação e o controle sociais compreendem a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas e nas tomadas de decisão relevantes que afetam a vida dos indivíduos e da comunidade e seus contextos. Visam também contribuir com a ampliação da visão de diferentes atores na identificação de determinantes, necessidades e soluções para o planejamento adequado das políticas públicas. Desse modo, fortalecem o exercício da governança na saúde e do *advocacy*, potencializando a corresponsabilidade nos processos de planejamento, de execução e de avaliação das ações de saúde (PNPS, 2015).

A prática do *advocacy* na saúde visa a uma democracia justa e representativa, fortalecendo a participação de diferentes atores sociais nos debates de interesse público, sensibilizando-os para criação e reformulação de políticas, normas e orçamentos, e, por fim, à implementação de políticas públicas eficazes e relevantes para a população do DF (ACT, 2020).

Parte-se de uma concepção ampliada de saúde, compreendida por Berlinguer (1988) como promotora de uma sociedade mais justa e igualitária, relacionada, portanto, à democracia, à equidade, a condições de trabalho, à justiça social e ao acesso aos bens e serviços socialmente produzidos — como a alimentação adequada e saudável. Nesse sentido, é necessário fortalecer debates no âmbito do controle social que permitam uma visão integral e sistêmica das questões de alimentação e nutrição.

A complexidade do sistema alimentar e suas conseqüências na vida cotidiana devem ser abordadas como ponto de partida no âmbito do controle social. Articular o controle social em saúde com o controle social na SAN é chave para que essa compreensão ampliada do conceito de saúde possa avançar e orientar a ação das políticas públicas no DF. As questões de





alimentação e nutrição são determinantes de saúde diariamente vivenciados pelas pessoas, o que confere concretude e urgência a essa pauta.

Atualmente, podemos considerar que os principais meios legítimos para a prática do controle e da participação sociais no SUS são os conselhos e as conferências de saúde nas três esferas de governo. Esses são importantes cenários para o diálogo e a proposição de diversos temas que envolvem o campo da alimentação e da nutrição. É relevante também destacar que a formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ou de caráter consultivo (BRASIL, 2013b).

Desde que os mecanismos de controle social e gestão intersetorial foram implantados na agenda de SAN no Brasil, algumas tratativas também foram adotadas no contexto distrital para fortalecer fóruns de diálogo. Destacam-se o Conselho Distrital de Segurança Alimentar e Nutricional e a realização de conferências distritais de SAN. Esses foram marcos de debates acerca da necessidade de o DF ter a sua própria normativa de alimentação e nutrição no âmbito do setor saúde.

O CSDF é um órgão vinculado à SES-DF, contando, em sua composição, com representantes de instituições e movimentos representativos de usuários do SUS, trabalhadores do setor saúde, o governo e prestadores de serviços de saúde no DF. Seu presidente é eleito entre os membros do Conselho.

Para que possa representar adequadamente as demandas populares relativas às questões de alimentação e nutrição, é fundamental que o CSDF conheça e envolva-se com as pautas da área, com enfoque voltado à gestão central e também às particularidades das sete regiões de saúde. Tal envolvimento pode ser impulsionado por meio da participação de membros do CSDF em grupos de trabalho e comissões da SES-DF, além de fóruns e instâncias intersetoriais, que trabalhem com a pauta da alimentação e nutrição.

As demandas em torno das ações de atenção à saúde parecem ser mais facilmente identificadas como prioritárias, a exemplo de demandas que envolvem o PTNED, responsável pela aquisição e pela distribuição de fórmulas enterais para pacientes que delas necessitam para uso em domicílio. É importante que a SES-DF esteja atenta a essas demandas e aos percursos e itinerários terapêuticos realizados pelos usuários do SUS-DF para acessar o PTNED e outros programas e ações de alimentação e nutrição, a exemplo das consultas de nutrição e dos programas de suplementação de micronutrientes.

A central de Ouvidoria do DF é ferramenta válida nesse sentido, pois permite o monitoramento dessas e de outras demandas concernentes às áreas de alimentação e nutrição e o acompanhamento do tempo e da qualidade de respostas dos agentes públicos, ofertando informação para o aprimoramento da gestão. Além disso, os canais de ouvidoria podem servir como meios de divulgação ativa de informações sobre as ações desta PDAN.

Ainda, no que diz respeito à informação em saúde, alimentação e nutrição, é relevante utilizar as redes sociais para compartilhar com a população as questões de interesse, em articulação com a ouvidoria, a gestão e os representantes do controle social. Esses meios são também úteis para fomentar a transparência das ações de alimentação e nutrição, permitindo seu monitoramento e realimentando a gestão.





Isso posto, cabe reforçar que a participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes (PNPS, 2015), com enfoque no fortalecimento das demandas do território. Diante desse contexto, faz-se necessário garantir o envolvimento de representantes do controle social nas políticas públicas, buscando seu engajamento em defesa dos direitos à saúde e à alimentação e à nutrição adequada e saudável. Assim, é essencial ampliar o contato com tais temáticas, a exemplo da VAN, e fomentar espaços de escuta da sociedade na elaboração, na implementação, no monitoramento e na avaliação da PDAN.





## 5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

---

Compete ao GDF a priorização da ampla divulgação e da implantação da presente normativa.

Todas as diretrizes propostas são atribuídas aos diversos profissionais de saúde, porém se destacam aqui as principais responsabilidades para o âmbito da gestão central e regional.

### 5.1. Gestão em Nível Central

Compete à gestão central da SES-DF:

- Elaborar, coordenar, executar, avaliar e monitorar a PDAN por meio do Grupo de Trabalho da PDAN e posteriormente da Comissão de Assessoramento da PDAN, coordenado pela Gerência de Serviços de Nutrição;
- Implementar e acompanhar a operacionalização das diretrizes e prioridades desta PDAN;
- Fornecer informações, análises, relatórios e sugestões que subsidiem a elaboração e o monitoramento de políticas e programas de saúde envolvidos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no contexto da SAN;
- Apoiar tecnicamente a atuação das regiões de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável, oferecendo instrumentos e mecanismos facilitadores para a devida operacionalização;
- Acompanhar as pactuações estabelecidas nos planos, programas, projetos de lei e acordos de gestão no âmbito da SES-DF, objetos desta política;
- Promover a articulação intra e intersectorial no DF, viabilizando e fortalecendo a prática da promoção da alimentação adequada e saudável;
- Viabilizar a capacitação de profissionais para a consecução desta política;
- Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas no âmbito das ações de alimentação e nutrição;
- Monitorar os dados da VAN, de modo a identificar e subsidiar o enfrentamento dos principais problemas nutricionais e suas possíveis causas;
- Garantir as ações da vigilância sanitária de alimentos;
- Mobilizar os meios de comunicação para a valorização da agenda de alimentação e nutrição;
- Assegurar recursos financeiros para a gestão da presente política;
- Promover ambientes de trabalho que favoreçam a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, nos diversos níveis de atenção à saúde.





## 5.2. Gestão em Nível Regional e Local

Compete aos gestores regionais e locais de saúde da SES-DF:

- Propor e participar dos planos, programas e acordos de gestão no âmbito da SES-DF relativos à pauta de alimentação e nutrição;
- Fortalecer o registro e o monitoramento dos dados de VAN na respectiva região de saúde, para subsidiar a programação de ações locais;
- Promover a articulação intersetorial na região, visando à implementação desta política;
- Viabilizar a participação dos profissionais de saúde nas capacitações na temática de alimentação e nutrição;
- Implantar protocolos e outras normativas técnicas oficiais de alimentação e nutrição que padronizem os serviços prestados à população;
- Promover ambientes de trabalho que favoreçam a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, nos diversos níveis de atenção à saúde;
- Viabilizar a participação de profissionais nos conselhos de saúde, nos conselhos de segurança alimentar e nutricional e de outras instâncias locais de controle social, debatendo temas de alimentação e nutrição.

## 5.3. Profissionais

Compete aos profissionais de saúde e aos outros trabalhadores que atuam no SUS-DF:

- Atuar de forma protagonista e participativa na implementação da PDAN, contribuindo para a garantia do DHAA;
- Participar de forma propositiva nos planos, programas e acordos de gestão no âmbito da SES-DF relativos à pauta de alimentação e nutrição;
- Realizar o registro e o monitoramento dos dados de VAN para subsidiar a programação de ações locais;
- Identificar parcerias e articular ações intersetoriais no território, visando à implementação desta política;
- Participar e propor capacitações na temática de alimentação e nutrição e multiplicar as informações no serviço;
- Aplicar protocolos e outras normativas técnicas oficiais de alimentação e nutrição que padronizem os serviços prestados à população;
- Promover ambientes de trabalho que favoreçam a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis, nos diversos níveis de atenção à saúde;
- Participar dos conselhos de saúde, dos conselhos de segurança alimentar e nutricional e de outras instâncias locais de controle social, debatendo temas de alimentação e nutrição.





## 6. RECOMENDAÇÕES

---

Para que as diretrizes que integram esta PDAN sejam realizadas de modo eficaz e contínuo, faz-se necessária a participação constante dos profissionais e das áreas envolvidas na promoção da alimentação adequada e saudável na SES-DF. Nesse sentido, destaca-se que a PDAN é um objeto de trabalho não apenas dos profissionais nutricionistas, mas também de todos os gestores, todos os profissionais e toda a comunidade envolvidos na vigilância, na promoção, na prevenção e no cuidado integral da saúde.

Dessa forma, esta política deve subsidiar a elaboração de planos, programas, projetos e atividades em consonância com as diretrizes nela detalhadas, dentro da pasta Saúde e demais setores, visando à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população do DF.

Por fim, recomenda-se o monitoramento, a avaliação e a atualização periódica desta política e de suas estratégias de ação derivadas, a fim de torná-la eficaz, viva e contemporânea.





## GLOSSÁRIO

**Acolhimento:** prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas; atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

**Alergia alimentar:** reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

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

**Alimentos minimamente processados:** são alimentos *in natura* que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado.

**Alimentos ultraprocessados:** são produtos cuja fabricação envolve diversas etapas e técnicas de processamento e vários ingredientes, muitos deles de uso exclusivamente industrial. Exemplos incluem refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote” e “macarrão instantâneo”.

**Atenção Ambulatorial Secundária:** atua no atendimento ambulatorial especializado, como suporte à APS, e em casos que não são de urgência e emergência (Atenção Especializada – hospitais). É interpretada por muitos como nível de média complexidade.

**Atenção Hospitalar:** atenção terciária, realizada nos hospitais, que providencia assistência médica de média e alta complexidade.

**Atenção nutricional:** compreende os cuidados relativos a alimentação e nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde e à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, que devem 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.

**Atenção Primária à Saúde:** é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

**Avaliação nutricional:** análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos e antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que tem como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

**Boas práticas de manipulação:** procedimentos que devem ser adotados para garantir a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos.





**Carências nutricionais:** deficiências de macronutrientes (proteínas, gorduras e carboidratos) e/ou micronutrientes (vitaminas e minerais) no organismo.

**Comensalidade:** derivado do latim *mensa*, o termo significa “conviver à mesa” e envolve não somente o padrão alimentar e o que se come, mas também, e principalmente, o modo como se come.

**Conflito de interesses:** situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública.

**Consumo alimentar:** quantidade e frequência de consumo de alimentos durante um período de tempo.

**Cultura alimentar:** é o conjunto dos hábitos alimentares que fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações.

**Desnutrição:** é o aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes, ou ainda o inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos, geralmente motivados pela presença de doenças, em particular doenças infecciosas.

**Desnutrição hospitalar:** desnutrição que acontece no ambiente hospitalar e que vem, normalmente, associada à doença de base do paciente. Diversos fatores contribuem para o seu agravamento, como idade avançada, tratamento com múltiplas drogas, quimioterapia, radioterapia, cirurgias, saúde dental, isolamento social, entre outros.

**Direito Humano à Alimentação Adequada:** o DHAA tem duas dimensões: o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada. Os principais conceitos empregados na definição de DHAA são disponibilidade de alimentos, adequação, acessibilidade e estabilidade do acesso a alimentos produzidos e consumidos de forma soberana, sustentável, digna e emancipatória.

**Diretrizes clínicas:** recomendações que orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, bem como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as linhas de cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos.

**Doenças crônicas não transmissíveis:** a OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a DM. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas.

**Educação Alimentar e Nutricional:** é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, as etapas do sistema alimentar e as interações e os significados que compõem o comportamento alimentar.





**Erros inatos do metabolismo:** grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), no transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

**Estado nutricional:** é o grau em que as necessidades fisiológicas por nutrientes são supridas.

**Ética profissional:** conjunto de normas e valores que tem por finalidade orientar a conduta dos membros de determinada categoria.

**Hábito alimentar:** é a resposta do indivíduo frente ao alimento, ficando caracterizado pela repetição desse ato.

**Humanização:** envolve valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; e compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

**Intersetorialidade:** articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos, visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

**Introdução da Alimentação Complementar Adequada e Saudável:** introdução de alimentos que é realizada a partir dos seis meses de idade e que complementa o aleitamento materno, visando à formação de hábitos alimentares saudáveis.

**Morbidade:** número que se refere aos doentes atingidos por determinada doença; incidência de uma doença.

**Mortalidade:** número ou quantidade de seres que morrem em certa época, com idade específica ou de determinada doença.

**Natalidade:** conjunto de ocorrências de nascimentos durante um tempo determinado.

**Obesidade:** conforme a OMS, é o excesso de gordura corporal, em quantidade que determine prejuízos à saúde. Uma pessoa é considerada obesa quando seu IMC é maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>, e a faixa de peso normal varia entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>.

**Pandemia:** disseminação mundial de uma nova doença. O termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, espalha-se por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

**Povos e comunidades tradicionais:** de acordo com o Decreto nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social e que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros e pescadores artesanais.





**Prescrição dietoterápica:** atividade privativa do nutricionista, que consiste em diagnosticar e acompanhar o estado nutricional, assim como planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos saudáveis e enfermos.

**Rede de Atenção à Saúde:** é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

**Risco nutricional:** refere-se ao risco aumentado de morbimortalidade em decorrência do estado nutricional debilitado.

**Sedentarismo:** é a falta ou a redução de atividades físicas e esportivas, que resulta em um gasto calórico reduzido, e está relacionado a problemas de saúde como obesidade e doenças cardiovasculares. O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) define o sedentarismo como uma prática de atividades físicas leves, por tempo inferior a 150 minutos por semana, de acordo com as recomendações atuais, para a população entre 18 e 60 anos.

**Segurança Alimentar e Nutricional:** de acordo com a Lei nº 11.346/2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

**Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional:** sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

**Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:** compreende o conjunto de ações definidas na Lei nº 8.080/1990 e é executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

**Sistema Único de Saúde:** conjunto de todas as ações e todos os serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

**Sobrepeso:** diagnóstico nutricional que apresenta um IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup> e inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>, conforme parâmetros estabelecidos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016).





**Terapia nutricional:** conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

**Triagem nutricional:** etapa anterior à Avaliação Nutricional que tem como objetivo identificar pacientes desnutridos ou em risco nutricional.

**Unidade de Pronto Atendimento:** fazem parte da Rede Saúde Toda Hora, lançada em 2011, que está reorganizando o atendimento de urgência e emergência dos hospitais do SUS. Elas são responsáveis por prestar atendimento de média complexidade, como acidentes e problemas cardíacos, e contribuem para desafogar as urgências dos hospitais do SUS e para reduzir o tempo de espera por atendimento. Nessas unidades, o paciente é avaliado de acordo com a classificação de risco, podendo ser liberado ou permanecer em observação por até 24 horas ou, se necessário, ser encaminhado para um hospital de referência.

**Unidades Básicas de Saúde:** são popularmente conhecidas como postos de saúde. São locais onde o cidadão pode receber, gratuitamente, os atendimentos essenciais em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso e atendimentos em odontologia, bem como ter acesso a medicamentos e outros atendimentos primários. As Unidades Básicas de Saúde resolvem 80% dos problemas de saúde da população do território pelo que são responsáveis e promovem hábitos saudáveis de vida.

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





## REFERÊNCIAS

- ACT Promoção da Saúde. **Advocacy**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://actbr.org.br/advocacy>. Acesso em: 23 set. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- São Paulo, 2016.
- BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, abr./jun. 2010.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades. A VAN no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 (suplemento 1), p. 99-105, 1993.
- BERLINGUER, Giovanni et al. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC- CEBES, 1988.
- BORTOLINI, Gisele Ane et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 44, n. 39, abr. 2020.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. **II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN 2016-2019 Revisado**. Brasília, DF: CAISAN, 2018a.
- BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex ante**. Brasília, 2018b. v. 1, 192 p.
- BRASIL. Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 7 fev. 2007.
- BRASIL. Decreto Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 ago. 2010a.
- BRASIL. Decreto Nº 7.794, de 20 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 ago. 2012a.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 5 fev. 2010b.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 set. 2006.





BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Crescer Saudável: Alimente uma infância consciente. **Programa Crescer Saudável 2019/2020**: instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. **Dados de baixo peso ao nascer no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. 265 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2011. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Ecos: Economia da Saúde para a Gestão do SUS**. Financiamento Público de Saúde. Eixo 1, v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo I. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 3 out. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 3 out. 2017c.

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). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 22 set. 2017d.





BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 dez. 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 abr. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final**: Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição Instrutivo sobre o incentivo financeiro das ações de alimentação e nutrição (FAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão Municipal das Políticas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Políticas de Saúde**: Metodologia de Formulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 136 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica - SISAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 1 jun. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012b. 67 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Princípios e Práticas para Educação Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: Ministério do desenvolvimento Social, 2018d.

CENICCOLA, Guilherme Duprat. et al. Association Between AND-ASPEN Malnutrition Criteria and Hospital Mortality in Critically ill Trauma Patients: A Prospective Cohort Study. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Silver Spring, v. 44, n. 7, p. 1347-1354, 2020.





CENICCOLA, Guilherme Duprat. et al. Relevance of AND-ASPEN criteria of malnutrition to predict hospital mortality in critically ill patients: A prospective study. **Journal of Critical Care**, Nova Iorque, n. 44, p. 398-403, 2018.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos no ensino de graduação em Enfermagem. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.18, n. 49, p. 325-336, 2014.

CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - 2018**. Brasília, DF: CODEPLAN, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **CONASS Debate: Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada 5**. Brasília, DF: CONASS, abr. 2016.

CORREIA, Maria Isabel; PERMAN, Mario Ignacio; WAITZBERG, Dan Linetzky. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. **Clinical Nutrition**, v. 36, n. 4, p. 958-967, jul. 2016.

COUTINHO, Janine Giuberti et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-699, dez. 2009.

DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução Nº 465, de 4 de outubro de 2016. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 24 out. 2016a.

DISTRITO FEDERAL. Decreto Nº 37.515, de 31 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 27 jul. 2016b.

DISTRITO FEDERAL. Decreto Nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 11 abr. 2018a.

DISTRITO FEDERAL. Decreto Nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 20 dez. 2018b.

DISTRITO FEDERAL. Lei Nº 6.133, de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde da Família como modelo da Atenção Primária no DF e promove medidas para o seu fortalecimento. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 9 abr. 2018c.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**: Brasília, DF, 14 fev. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Informativo**: estado nutricional no Distrito Federal. Boletim no. 01, de 8 abril de 2021. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2021.

ERICKSEN, P. J. Conceptualizing food systems for global environmental change research. **Global Environmental Change**, v. 18, n. 1, p. 234-245, 2008.

FAGUNDES, Andhressa Araújo; SILVA, Danielle Góes da. **Estruturação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade para crianças e adolescentes do estado de Sergipe**: protocolo de orientação para gestores e profissionais de saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2019.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.





GINANI, Verônica Cortez et al. Identifier of Regional Food Presence (IRFP): A New Perspective to Evaluate Sustainable Menus. **Sustainability**, Basileia, n. 12, p. 3992, mai. 2020.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Economia. **Plano Plurianual - PPA 2020-2023**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Economia, 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório de Monitoramento do NASF-AB da Secretaria do Estado de Saúde do DF**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, N. 1, jul. 2020.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Ação Regional da rede de Atenção às urgências e emergências do Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade Geral Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2017a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Epidemiológico sobre Natalidade Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2016.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Distrito Federal: 2017 a 2022**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2017b.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Instituto Jones dos Santos Neves. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento. **Guia para Avaliar Políticas Públicas Vol. 1**. A política é nova? Avaliação ex ante! Vitória: Instituto Jones dos Santos Neves, 2018. 96 p.

HLPE. **Food losses and waste in the context of sustainable food systems**: A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome: FAO, jun. 2014. 116 p. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i3901e.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

HORTA, Bernardo Lessa et al. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 27-31, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2017-2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

LIMA, Geânia de Sousa Paz; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, jul./set. 2004.

MACIEL, Juliana Rolim; NAKANO, Eduardo Yoshio; CARVALHO, Kênia Mara Baiocchi de; DUTRA, Eliane Said. STRONGkids validation: tool accuracy. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 371, 2020.

MARANHÃO, Ana Goretti Kalume. et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema Radis**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 6-17, 1999.





MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília, DF: ONASS/Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MERHY, Emerson Elias et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **PlanificaSUS: Guia Workshop 1: A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **PlanificaSUS: Guia Workshop 2: Território e Gestão com Base Populacional**. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019b.

NILSON, Eduardo Augusto; ANDRADE, Rafalla da Costa; BRITO, Daniela Aquino; OLIVEIRA, Michel Lessa. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington v. 44, n. e32, 2020.

OLIVEIRA, Michele Lessa; SANTOS Leonor Maria Pacheco; SILVA, Everton Nunes da. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. **PLoS one**, v. 10, n. 4, 2015.

OLIVEIRA, Nara Leticia Zandonadi de. **Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: Scoping Review**. 2018. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA - FAO. **Brasil em Resumo**, 2021. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/fao-no-brasil/brasil-em-resumo/pt/>. Acesso em:

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

PRADO, Shirley Donizete et al. A pesquisa sobre Alimentação no Brasil: sustentando a autonomia do campo Alimentação e Nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-119, 2011.

REDE DE NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - REDENUTRI. **Texto de Sistematização 02: Como articular ações de nutrição na atenção primária à saúde?** Brasília, DF: Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde, mar. 2010.

SAUNDERS, Cláudia de Paiva; ACCIOLY, Elizabeth; LACERDA, Elisa. Saúde do Grupo Materno Infantil. In: SAUNDERS, Cláudia de Paiva; ACCIOLY, Elizabeth; LACERDA, Elisa. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 3.





SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Dados de nascimentos – Distrito Federal 2017**. Brasília, DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Dados-e-Indicadores-de-Natalidade-2017.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2021.

SILVA, Denise Oliveira; CABRINI, Danielle. Trajetórias biográficas do aumento e excesso de peso de mulheres do Programa Bolsa Família, Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 216-225, 2017.

TELESSAÚDE SÃO PAULO. **Qual é a diferença entre surto, epidemia, endemia, pandemia e sindemia?** São Paulo: UNIFESP, 2021. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/dno/redes-sociais/159-qual-e-a-diferenca-entre-surto-epidemia-pandemia-e-endemia>. Acesso em: 2 jun. 2021.

VALLEJO, Karin Papapietro et al. Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: a multinational observational study. **Critical Care**, Nova Iorque, n. 21, p. 227, ago. 2017.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan. 2011.

VERAS, Viviane dos Santos et al. Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados e correlação entre os métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 101-107, 2016.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR - PENSSAN. **VigiSAN 2021. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. São Paulo: PENSSAN, 2021.

VIGITEL; BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis- Brasília: Ministério das Saúde. **População Negra: 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 para população negra nas capitais dos 26 estados e no Distrito Federal em 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

WAITZBERG, Dan L.; CAIAFFA, Waleska T.; Correia, Isabel. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. **Nutrition**, Bethesda, v. 17, n. 7- 8, p. 573-580, jul./ago. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global status report on non-communicable disease**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Report of the commission on ending childhood obesity. **WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/ending-childhood-obesity/publications/echoreport/en/>. Acesso em: 1 jun. 2020.





**PDAN**  
Política Distrital  
de Alimentação  
e Nutrição

Secretaria  
de Saúde

