

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO 2015

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição



Brasília – DF
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

RELATÓRIO DE GESTÃO 2015

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição



Brasília – DF
2018

2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul,
Quadra 2, lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9036
E-mail: cgan@saude.gov.br
Site: dab.saude.gov.br

Supervisão Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

Coordenação Técnica Geral:

Michele Lessa de Oliveira

Revisão Técnica:

Maria de Fátima Cruz Correia de Carvalho

Elaboração:

Ana Carolina Lucena Pires
Ana Luisa de Souza de Paiva
Ana Maria Cavalcante de Lima
Bruna Pitasi Arguelhes
Dalila Tusset
Danielle Keyla Alencar Cruz
Denise Ribeiro Bueno
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Fabiana Vieira Santos Azevedo
Gilsiane Nascimento Espinosa
Gisele Ane Bortolini
Livia Perdigão Kotama
Lorena Toledo de Araújo Melo
Marcela Azevedo Alves Correia
Maria da Penha Ferrer de Francesco Ramos
Maria de Fátima Cruz Correia de Carvalho
Maria Edna Moura Vieira
Maria Fernanda Moratori Alves
Maria Queiroz Maia
Micheline Gomes Campos da Luz
Mônica Rocha
Rafaella da Costa Santin
Renata Guimarães Mendonça de Santana
Rimena Glaucia Dias de Araujo
Sara Araújo da Silva
Simone Costa Guadagnin
Tatiane Nunes Pereira
Vivian Siqueira Santos Gonçalves

Normalização:

Mariana Andonios Spyridakis Pereira – Editora MS/CGDI

Diagramação:

Marcos Melquiades – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Relatório de gestão 2015 : Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
137 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_alimentacao_nutricao_2015.pdf>

ISBN 978-85-334-2651-1

1. Alimentação. 2. Nutrição. 3. Relatório de gestão. I. Título.

CDU 612.3(047)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0001

Título para indexação:

Management Report 2015: General Coordination of Food and Nutrition

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Percentual de execução do recurso do FAN pelos estados, repassados no exercício de 2013	21
Figura 2	Percentual de execução do recurso do FAN pelos municípios, repassados no exercício de 2013	22
Figura 3	Encontro com as referências principais do estado do Rio Grande do Norte	24
Figura 4	Número de crianças suplementadas com vitamina A no Brasil, 2011-2015.....	30
Figura 5	Número de crianças indígenas aldeadas suplementadas com vitamina A no Brasil, 2013-2015	33
Figura 6	Histórico de casos confirmados de beriberi no período de 2006-2015.....	40
Figura 7	Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no SISVAN Web, por estado, em 2014.....	73
Figura 8	Iodúria de acordo com sexo. Brasil, 2015.....	78
Figura 9	Percentual de cumprimento de metas referente ao II Termo de Compromisso para Redução dos Teores de Sódio em Alimentos Processados no Brasil	82
Figura 10	Evolução do desempenho do PBF, de 2011 a 2015	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Metas do Plano Plurianual 2016-2019 de responsabilidade da CGAN. Brasil, 2016	17
Quadro 2	Ações de atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito da agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil.....	26
Quadro 3	Percentual de utilização das cápsulas com base na pauta de distribuição e nos registros feitos no sistema de gestão do programa em 2015	31
Quadro 4	Linha de cuidado sobrepeso e obesidade nos estados com habilitação para realização da cirurgia bariátrica	45
Quadro 5	Organização das ações de apoio às linhas de cuidado para o sobrepeso e obesidade.....	47
Quadro 6	Balanço da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nos estados brasileiros de 2013 até dezembro de 2015	58
Quadro 7	Cobertura populacional do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar por estado, em 2014, região e Brasil	72
Quadro 8	Acordos firmados para redução dos teores de sódio em alimentos processados entre Ministério da Saúde e setor produtivo de alimentos.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valores orçamentários aprovados e contingenciados para o exercício 2015	12
Tabela 2	Percentual de execução orçamentária CGAN – 2015	12
Tabela 3	Descrição e execução orçamentárias 2015	14
Tabela 4	Percentual de execução orçamentária para implantação das academias da saúde – 2015	15
Tabela 5	Percentual de execução orçamentária para o programa Saúde na Escola – 2015.....	15
Tabela 6	Percentual de redução dos valores do FAN para municípios em 2015.....	20
Tabela 7	Valores repassados aos estados e municípios por porte populacional.....	21
Tabela 8	Repasse financeiro da agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil.....	28
Tabela 9	Resultado da cobertura da suplementação com vitamina A em 2015 por UF.....	30
Tabela 10	Número de municípios contemplados com o NutriSUS por UF e o número de municípios que implantaram a ação em 2014/2015	37
Tabela 11	Número de inscritos e concluintes do curso de ensino à distância da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	57
Tabela 12	Adesão do Programa Saúde na Escola 2014/2015	85
Tabela 13	Polos do programa academia da saúde, de acordo com ano.....	87
Tabela 14	Resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde nas 1ª e 2ª vigências de 2015.....	92

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	9
2	DOTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	11
3	GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	16
3.1	Planejamento e Monitoramento.....	16
3.2	Financiamento.....	19
3.3	Apoio a Estados e Municípios.....	23
4	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL.....	25
4.1	Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI.....	25
4.2	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - PNSVA.....	28
4.3	Programa Nacional de Suplementação de Ferro -PNSF.....	34
4.4	Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó – NUTRISUS.....	36
4.5	Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos Casos de Beribéri.....	40
4.6	Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas.....	43
4.7	Protocolos da Atenção Básica (PAB) do Sistema Único de Saúde (SUS).....	48
4.8	Manual de Planejamento Dietético.....	49
4.9	Parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) – Material técnico HCor.....	51
4.10	Atenção às Pessoas com Necessidades Alimentares Especiais.....	53
5	PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL.....	55
5.1	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).....	55
5.2	Guia Alimentar para a População Brasileira.....	60
5.3	Guia Alimentar Criança para Crianças Menores de 2 Anos.....	63
5.4	Cantinas Escolares Saudáveis.....	66
5.5	Alimentação Saudável nas Escolas.....	67
5.6	Interfaces com Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.....	68

6	VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	71
6.1	Fortalecimento da VAN nos Serviços de Saúde	71
6.2	Financiamento de Equipamentos Antropométricos	74
7	CONTROLE E REGULAÇÃO DOS ALIMENTOS.....	76
7.1	Políticas de Fortificação Universal de Alimentos	76
7.2	Agenda Regulatória de Alimentos	78
7.3	Reformulação de Alimentos para Redução do Teor de Sódio, Gorduras e Açúcar.....	80
8	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	84
9	PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.....	87
10	GESTÃO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	91
11	PESQUISA, INOVAÇÃO E CONHECIMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	96
11.1	Inquéritos Populacionais	96
11.2	Estudos e Pesquisas Relacionadas à VAN.....	98
12	QUALIFICAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO.....	101
12.1	Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde – RedeNutri.....	101
12.2	Cursos de Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	103
12.3	Desenvolvimento de Materiais de Apoio à Qualificação de Processos e Práticas na Rede de Atenção à Saúde.....	104
12.4	A CGAN como Campo de Formação.....	106
13	AGENDA DE AÇÕES E ATUAÇÃO DE CARÁTER INTERSETORIAL.....	108
13.1	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Promovendo Modos de Vida e Alimentação Adequada e Saudável para a População Brasileira	108
13.2	Grupo Técnico de Revisão dos Parâmetros Nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT	111
13.3	Pacto Nacional pela Alimentação Saudável.....	112
13.4	Comissão Permanente do Consea - Consumo, Nutrição e Educação (CP 7).....	114
13.5	Comissão Nacional - de Agroecologia e Produtos Orgânicos (CNAPO) e Comissão Intersetorial de Agroecologia e Produtos Orgânicos (CIAPO)	114
13.6	Campanha Brasil Saudável e Sustentável – Campanha BRASS	116
13.7	Campanha dos Alimentos Orgânicos	117
13.8	Projeto “Apoio a atuação de profissionais e gestores em agendas intersetoriais” - CFN e UFOP/ MDS	118
13.9	Projeto “Alimentação como ação política: promoção da alimentação adequada e sustentável para jovens” - MDS.....	119
13.10	5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.....	120

14	AGENDA DE AÇÕES E ATUAÇÃO INTERNACIONAL.....	122
15	PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	125
15.1	Conselho Nacional de Saúde – CNS	125
15.2	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea).....	126
15.3	Conselho Nacional de Direitos Humanos da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.	126
	REFERÊNCIAS	127
	ANEXO – METAS, AÇÕES INICIATIVAS SOB GESTÃO DA CGAN.....	128

1

CONTEXTUALIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A. **Missão institucional:** A CGAN tem como missão institucional a coordenação e gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e das ações, programas e projetos que são embasados em suas diretrizes estruturantes, quais sejam:

- Organização da Atenção Nutricional
- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
- Vigilância Alimentar e Nutricional
- Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição
- Participação e Controle Social
- Qualificação da Força de Trabalho
- Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição
- Controle e Regulação dos Alimentos
- Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional

A gestão da PNAN é compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS, representadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal. A responsabilidade de cada um destes entes federados é definida no texto da PNAN.

B. **Competências legais da CGAN,** entre outras estabelecidas pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010:

- Planejar, coordenar, supervisionar e orientar a execução das atividades técnicas e específicas sob a responsabilidade da Coordenação-Geral;
- Estimular a articulação da implementação da PNAN no território nacional;
- Desenvolver e propor mecanismos e instrumentos de apoio à gestão, controle e avaliação dos programas e normatizar as ações e serviços referentes à área de alimentação e nutrição no âmbito do SUS;
- Promover articulação intrasetorial e intersetorial e prestar cooperação técnica para as ações e programas de segurança alimentar e nutricional;¹
- Promover a articulação com órgãos, entidades e agências de fomento, de financiamento e de pesquisa, nacionais e internacionais, para o desenvolvimento de projetos de cooperação, estudos e pesquisas em alimentação e nutrição; Planejar e propor indicadores e diretrizes nacionais para monitorar a situação alimentar e nutricional da população;

¹ As ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), não são de responsabilidade única da CGAN, apesar desta constituir-se como referência para promover as articulações intra e intersetoriais necessárias para construção e operacionalização das estratégias e programas que concretizem as diretrizes e princípios da PNAN. Desta forma, a articulação intrasetorial (com outras coordenações, departamentos, secretarias do MS e órgãos vinculados), intersetorial e a articulação interfederativa são constantes no processo de trabalho desta coordenação.

- Propor ações de normatização e gerenciamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), realizando análises de indicadores com abrangência nacional;
- Desenvolver e propor programas e ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais, desnutrição, obesidade e doenças crônicas associadas à alimentação;
- Propor diretrizes técnicas para desenvolver e apoiar a realização de ações, programas e estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável em todas as fases do ciclo da vida;
- Preparar e propor conteúdos e diretrizes técnicas para a educação alimentar e nutricional da população, com a elaboração de guias alimentares nacionais;
- Propor e/ou subsidiar tecnicamente a elaboração de normas e regulamentos de alimentos com vistas à melhoria nutricional da população;
- Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e programas de alimentação e nutrição nas três esferas de governo;
- Prestar cooperação técnica aos Estados, Municípios e Distrito Federal na implantação, implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na organização da rede de atenção à saúde;
- Apoiar o desenvolvimento de capacidades fomentando a formação, a pesquisa e a rede de centros colaboradores em alimentação e nutrição.

Além dessas competências, relacionadas diretamente à PNAN, a CGAN coordena também:

- O **Programa Academia da Saúde**: criado em 2011, e redefinido por meio da Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, integra a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, tendo como objetivo reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
- O **Programa Saúde na Escola**: instituído por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, é estruturado e gerido, de forma intersetorial, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. O PSE é um programa estratégico, em nível nacional, pois trabalha a promoção da saúde integrando as equipes das unidades básicas de saúde e das escolas para construção de ações coordenadas no território onde atuam. Também é visto como uma importante contribuição tanto para construção de territórios educativos quanto para potencialização da atenção básica à saúde no seu território adscrito.

C. **Organização interna de trabalho**²

Com a finalidade de desenvolver, formular e supervisionar as diversas ações emanadas dos fundamentos e diretrizes da PNAN, a CGAN conta com um quadro de 41 profissionais, que se organizam internamente nas seguintes equipes:

- I – Planejamento e Relações Institucionais
- II – Apoio Administrativo
- III – Programas Estratégicos:
- IV – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
- V – Monitoramento e Avaliação e Agenda internacional
- VI – Programa Academia da Saúde
- VII – Programa Saúde na Escola

² Cada um dos programas e ações aqui nominados serão tratados com mais detalhes ao longo deste documento.

2

DOTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A CGAN é responsável pela gestão dos recursos de duas ações orçamentárias da subfunção “Alimentação e Nutrição” da classificação programática da despesa orçamentária em dois programas temáticos:

- **10.306.2015.8735.0001 – Alimentação e Nutrição para a Saúde:** tem como objetivo garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada. Esta ação está contida no Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção.
- **10.306.2069.20QH.0001 - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde:** tem como objetivo controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional com a promoção da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, por meio do controle e regulação de alimentos e da estruturação da atenção nutricional na rede de atenção à saúde. Esta ação faz parte do Programa 2069 - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde, que é um programa transversal e que visa assegurar processos permanentes de Educação Alimentar e Nutricional e de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, de modo a estimular a autonomia do sujeito para produção e práticas alimentares saudáveis, por meio da mobilização social, articulação e trabalho em rede, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Para 2015, foi proposto no Projeto da LOA (PLOA) o valor de R\$32.000.000,00 na ação 10.306.2015.8735.0001 - Alimentação e Nutrição para a Saúde, aprovado integralmente na versão final da LOA (Lei Nº 13.115, de 20 de abril de 2015). Para a ação 10.306.2069.20QH.0001 - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde, a proposta na PLOA foi de R\$39.050.000,00, dos quais foram aprovados R\$ 37.490.000,00. Portanto, o orçamento total aprovado na LOA 2015 para a Alimentação e Nutrição foi de R\$69.490.000,00, o que representa 33,9% de incremento em relação a 2014 (R\$ 51.900.000,00).

Contudo, em decorrência da publicação do decreto de contingenciamento da Presidência da República (Decreto nº 8.496, de 30 de julho de 2015) que determinou restrição orçamentária

para o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde deste Ministério refletiu esse corte no orçamento total da CGAN em 41,9%, da seguinte forma:

Tabela 1 – Valores orçamentários aprovados e contingenciados para o exercício 2015

Ação Orçamentária	Aprovado na LOA* (R\$)	Contingenciamento		Saldo (R\$)
		Valor (R\$)	%	
20QH -Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde	R\$37.490.000,00	R\$8.129.968,00	21,7%	R\$29.360.032,00
8735 -Alimentação e Nutrição para a Saúde	R\$32.000.000,00	R\$21.000.000,00	65,6%	R\$11.000.000,00
Total Alimentação e Nutrição	R\$69.490.000,00	R\$29.129.968,00	41,9%	R\$40.360.032,00

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Nota: * Lei Nº 13.115, de 20/04/2015

O contingenciamento orçamentário refletiu, como esperado, de forma negativa na execução de algumas ações previstas para 2015.

O orçamento de 2015 foi executado da forma mostrada na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Percentual de execução orçamentária CGAN - 2015

	VALOR ORÇAMENTÁRIO (integral)	VALOR ORÇAMENTÁRIO (após contingenciamento)	VALOR EXECUTADO	% EXECUÇÃO (sob valor integral)	% EXECUÇÃO (considerando valor contingenciado)
Ação 8735	R\$ 32.000.000,00	R\$ 11.000.000,00	R\$ 3.761.274,25	11,75%	34,19%
Ação 20QH	R\$ 37.490.000,00	R\$ 29.360.032,00	R\$ 27.446.000,00	73,21%	93,48%
TOTAL	R\$ 69.490.000,00	R\$ 40.360.032,00	R\$ 31.207.274,25	44,90%	77,32%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Sob uma análise do cenário de contingenciamento de recursos, o percentual de execução do orçamento da CGAN na ação 10.306.2015.8735.0001 - Alimentação e Nutrição para a Saúde foi de 34,19% e na ação 10.306.2069.20QH.0001 - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde foi de 93,48%. Considerando o orçamento sem o contingenciamento, a execução orçamentária fica em 11,75% e 73,21%, respectivamente.

As ações orçamentárias sob a gestão orçamentária e financeira da CGAN preveem investimentos financeiros nas seguintes atividades, programas e ações. A **Tabela 2** apresenta de forma resumida os valores alocados e executados nesses elementos.

- **Ação Orçamentária 10.306.2069.20QH.0001 - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde**
 - **Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)** – Essa Agenda foi criada em 2012 (Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012) para apoiar municípios com prevalência de desnutrição infantil superior ou igual a 10% em crianças menores de cinco anos de idade e municípios que apresentavam altas taxas de mortalidade infantil indígena na organização de ações para o controle deste agravo. A ANDI foi proposta para o biênio 2012-2014, portanto os municípios participantes que cumpriram as metas

pactuadas para 2014 foram contemplados com a última parcela do repasse, conforme a Portaria nº 2.267, de 16 de outubro de 2014. Os recursos referentes a essa portaria foram empenhados em 2014, contudo ficaram como restos a pagar para 2015, onerando o orçamento disponível para este ano em R\$12.245.000,00.

- **Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional** - Em 2011, foi instituído incentivo (Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011) de capital para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), por meio da compra de equipamentos antropométricos para Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes aderidas ao Programa Nacional da Melhoria da Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e a polos do Programa Academia da Saúde. Em 2014 foram empenhados R\$7.800.000,00 para compra de equipamentos antropométricos (Portaria nº 2.268, de 16 de outubro de 2014), os quais ficaram como restos a pagar para 2015, onerando o orçamento disponível para este ano.
 - **Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)** – Em 2006, foi instituído incentivo financeiro de custeio para apoiar a estruturação e a implementação das ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Portaria nº 1.357/GM/MS, de 23 de junho de 2006). O incentivo destina-se ao custeio de serviços e despesas relacionadas com a efetiva implementação das ações de alimentação e nutrição das Redes de Atenção à Saúde do SUS, principalmente no âmbito da Atenção Básica. Em 2015, foram empenhados e pagos, em 30 de dezembro de 2015, R\$7.401.000,00 referentes ao FAN, conforme a Portaria nº 1.677/GM/MS, de 2 de outubro de 2015 (NE nºs 475101 a 475153/2015).
 - **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF):** No ano de 2015, foi concedido valor orçamentário de R\$4.000.000,00 para realização de Pesquisa de Orçamentos Familiares pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entretanto, por decisão do próprio instituto, a pesquisa sofreu adiamento, com nova data provável de início para o segundo semestre de 2016.
- **Ação 10.306.2015.8735.0001 - Alimentação e Nutrição para a Saúde**
 - **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** – Para a organização do cuidado de fórmulas nutricionais especializadas para Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV), a CGAN solicitou um valor de R\$ 17.685.000,00 no seu orçamento de 2015. Contudo, em função da necessidade de contingenciamento de recursos e considerando que o assunto ainda não havia sido deliberado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), essa ação precisou ser excluída do planejamento da coordenação no devido ano.
 - **NutriSUS** – Estratégia que consiste na adição de sachês com micronutrientes em uma das refeições oferecidas diariamente para as crianças de 6 a 48 meses nas creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE). Com o contingenciamento de 2015, tal estratégia teve um orçamento no valor de R\$ 3.248.725,75 para a compra dos sachês por parte do Ministério da Saúde. Porém, devido a atrasos nos trâmites burocráticos, o valor não pôde ser empenhado no ano de 2015.
 - **Convênio com a UERJ** – A CGAN formalizaria, no fim do ano de 2015, convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cujo objetivo seria o apoio às atividades de revisão Guia Alimentar para crianças menores de dois anos e o apoio às atividades de mobilização da rede de educação para adoção de cantinas escolares saudáveis. Tal convênio chegou a ser empenhado no valor de R\$ 1.196.874,25 (NE nº 801785/2015). Contudo, a faculdade apresentou pendências na documentação necessária para a assinatura do ato, ocasionando o cancelamento do convênio. Apesar da Nota de Empenho não poder ser cancelada, os valores não serão transferidos à faculdade pelo Ministério da Saúde nem classificados como restos a pagar no ano de 2016.

- **7º TA OPAS** – Em 2015, foi firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o 7º Termo de Ajuste ao Termo de Cooperação nº 49 “Saúde da Família, Alimentação e Nutrição”, que tem por finalidade a consolidação dos programas e ações de alimentação e nutrição e de promoção da saúde no SUS. Por meio deste TA, o Ministério da Saúde transferirá à OPAS/OMS a quantia de R\$ 2.150.000,00, sendo que **R\$ 500.000,00** foram empenhados no exercício de 2015 (NE nº 481104/2015) e R\$ 1.650.000,00 deverão ser empenhados no exercício de 2016.
- **Convênio com a USP** – No final do ano de 2015 foi firmado convênio com a Universidade de São Paulo (USP) cujo objetivo é apoiar o Ministério da Saúde no desenvolvimento de metodologias de educação permanente para implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira no âmbito da atenção básica em saúde. Seu cronograma físico tem data final prevista para 30 de dezembro de 2016 e o desembolso do Ministério da Saúde foi de **R\$ 499.800,00** (NE nº 801784/2015) – valor que se encontra como restos a pagar para 2016.
- **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)** – Instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729/GM/MS, de 13 de maio de 2005, seu objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. Considerando o TED nº 7/2015, um valor total de **R\$ 1.564.500,00** foi pago à FIOCRUZ por meio das Notas de Lançamento nº 006369, de 28 de outubro de 2015, e nº 007612, de 7 de dezembro de 2015. Ainda com relação a essa ação, havia um orçamento de R\$ 40.000,00 a ser destinado para compra emergencial de vitamina A, que chegou a ter Nota de Lançamento nº 400562, de 30 de dezembro de 2015. Porém, na mesma data o valor total foi devolvido ao Ministério da Saúde pela instituição.

Tabela 3 – Descrição e execução 2015

Ação orçamentária: Alimentação e Nutrição para a Saúde 10.306.2015.8735			
DESPESA	VALOR EMPENHADO	VALOR PAGO	RESTOS A PAGAR 2016
TA OPAS	R\$ 500.000,00	-	R\$ 500.000,00
Convênio USP	R\$ 499.800,00	-	R\$ 499.800,00
UERJ - Cancelado	R\$ 1.196.974,25	-	-
PNSVA	R\$ 1.564.500,00	R\$ 1.564.500,00	-
Total - Ação Orçamentária	R\$ 3.761.274,25	R\$ 1.564.500,00	R\$ 999.800,00
Ação Orçamentária: Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde 10.306.2069.20QH			
DESPESA	VALOR EMPENHADO	VALOR PAGO	RESTOS A PAGAR 2016
FAN	R\$ 7.401.000,00	R\$ 7.401.000,00	-
ANDI - Restos a Pagar 2014	R\$ 12.245.000,00	R\$ 12.245.000,00	-
VAN - Restos a Pagar 2014	R\$ 7.800.000,00	R\$ 7.800.000,00	-
Total - Ação Orçamentária	R\$ 27.446.000,00	R\$ 27.446.000,00	-
TOTAL	R\$ 31.207.274,25	R\$ 29.010.500,00	R\$ 999.800,00

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Em relação aos Programas Academia da Saúde e Programa Saúde na Escola, ambos não possuem uma função programática ou ação orçamentária específica na LOA. O Programa Academia da Saúde está inserido na Ação 10.301.2015.20YL.0001 juntamente com outras estratégias no Plano Orçamentário- PO 0006. O PSE está inserido na Ação 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família, juntamente com outras estratégias no Plano Orçamentário- PO 0006. Os valores informados pela área técnica/CGAN para composição do orçamento 2015 referem-se a recursos do Alcance de Metas do PSE 2013/2014, Semana Saúde na Escola 2013, Semana Saúde na Escola 2014 e 20% da Adesão do PSE 2014; Não houve expansão prevista para o ano de 2015.

As Tabelas 4 e 5 abaixo mostram os valores orçamentários aprovados, contingenciados e executados no exercício de 2015.

Tabela 4 – Percentual de execução orçamentária para implantação das academias da saúde - 2015

	VALOR ORÇAMENTÁRIO (integral)	VALOR ORÇAMENTÁRIO (após contingenciamento)	VALOR EXECUTADO	% EXECUÇÃO (sob valor integral)	% EXECUÇÃO (considerando valor contingenciado)
Ação 20YL	R\$ 15.094.000,00	R\$ 14.714.000,00	R\$ 4.260.000,00*	28,22%	28,95%
TOTAL	R\$ 15.094.000,00	R\$ 14.714.000,00	R\$ 4.260.000,00	28,22%	28,95%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

* O valor executado corresponde ao valor total empenhado.

Tabela 5 – Percentual de execução orçamentária para o programa Saúde na Escola - 2015

	VALOR ORÇAMENTÁRIO (integral)*	VALOR ORÇAMENTÁRIO (após contingenciamento)	VALOR EXECUTADO**	% EXECUÇÃO (sob valor integral)	% EXECUÇÃO (considerando valor contingenciado)
Ação 20 AD	37.888.199	35.105.179	35.074.899	93%	100%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

* valor informado pela CGAN como necessidade para 2015

** pago em 2015

3 GESTÃO DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das ações de alimentação e nutrição.

A implementação da PNAN cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Por sua natureza transversal e caráter intersetorial, torna-se necessária a viabilização de parcerias e de articulações intra e intersectoriais para fortalecer a implementação efetiva das ações.

Nesse contexto, a CGAN possui três frentes principais de atuação na gestão das ações de alimentação e nutrição, sendo elas: planejamento e monitoramento, financiamento e apoio a estados e municípios, cujo detalhamento será realizado a seguir.

3.1 Planejamento e Monitoramento

Planejamento

Para além de seu planejamento interno, a CGAN participa, planeja e monitora metas, programas ações e iniciativas que estão inseridos em diferentes instrumentos de gestão do Governo Federal- e em diferentes planos setoriais de outras políticas públicas que têm interface com a alimentação e nutrição e a segurança alimentar e Nutricional.

- **Participação no planejamento do Plano Plurianual 2016-2019:** considerando que 2015 é o ano que inaugura mais uma de gestão Poder Executivo Federal, a CGAN participou do planejamento de delineamento de metas, ações e iniciativas que compuseram o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) coordena o processo de elaboração do PPA, documento que consolida as diretrizes, os objetivos e as metas do governo para o próximo quadriênio. Realinhada com as diretrizes e prioridades do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde e, finalmente do Ministério da Saúde, a CGAN definiu as metas e iniciativas, mostradas no Quadro 1, prioritárias para a agenda de Alimentação e Nutrição no SUS, para o PPA 2016-2019:

Quadro 1 – Metas do Plano Plurianual 2016-2019 de responsabilidade da CGAN. Brasil, 2016

PROGRAMA: 2015 Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	
OBJETIVO	0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
META	026P – Aumentar para 20 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola.
OBJETIVO	1120 – Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
INICIATIVA	055B – Implantar linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade em 70% dos estados e Distrito Federal.
OBJETIVO	1126 – Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem adulto e idoso), considerando as questões de gênero e situações de vulnerabilidade, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde locais/regionais.
META	04H7 – Suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, anualmente.
INICIATIVA	05QU – Implantar a Estratégia Nacional de Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no Sistema Único de Saúde em 2.000 unidades básicas de saúde.
OBJETIVO	0714 – Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
META	04SD – Custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde.
INICIATIVA	055F – Pactuar e monitorar as metas de redução de sódio em alimentos processados no Brasil. 055G – Estabelecer pacto para redução de açúcar em produtos das categorias prioritárias.
PROGRAMA: 2019 Inclusão social, por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da articulação de políticas sociais	
OBJETIVO	0374 – Reforçar e qualificar o acesso com equidade das famílias PBF aos direitos (condicionalidades) sociais básicos, por meio da articulação com políticas sociais, prioritariamente das áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.
META	00SW – Acompanhar, na Atenção Básica, pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde.
INICIATIVA	05UF – Elaboração dos procedimentos que orientem os estados e municípios para a redução do número de famílias do PBF não acompanhadas na saúde.

Continua

Conclusão

PROGRAMA: 2069 Segurança Alimentar e Nutricional	
OBJETIVO	0615 – Combater a insegurança alimentar e nutricional que persiste em grupos populacionais específicos, com ênfase em povos e comunidades tradicionais.
INICIATIVAS	05N2 – Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias indígenas e quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família por meio das condicionalidades de saúde. (MS). 05N3 – Registrar, por meio das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), dados nutricionais de pelo menos 80% de crianças indígenas e quilombolas menores de 7 anos beneficiárias do PBF. (MS).
OBJETIVO	1109 – Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação.
METAS	04DY – Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da CAISAN. (MS/CAISAN). 04DZ – Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (MS/CAISAN) 04E0 – Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (MS/CAISAN). 04E1 – Reduzir em 50% o número de casos novos de beribéri notificados, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (MS/CAISAN).
INICIATIVAS	05JV – Implementar as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, reforçando o consumo de alimentos regionais e as práticas produtivas sustentáveis que respeitem a biodiversidade. (MS). 05KO – Regulamentação da comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos e bebidas processados e ultraprocessados em equipamentos das redes de educação e saúde, públicos e privados, equipamentos de assistência social e órgãos públicos. (MDS/MS/FNDE).

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Monitoramento de ações, metas e iniciativas constantes nos seguintes documentos de gestão:

A descrição das metas, ações e iniciativas que estão sob incumbências da CGAN e para quais é realizado o monitoramento e acompanhamento constam do ANEXO.

- **Plano Plurianual 2012-2015**
- **Plano Nacional de Saúde 2012-2015:** outro instrumento que orienta a atuação do ministério da Saúde e, em consequência a atuação de todas as suas áreas internas. O monitoramento do PNS ocorre a cada quatro meses, por meio do Relatório de Prestação Quadrimestral de Prestação de Contas e, ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez ao ano.
- **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2012-2015:** os resultados, produto se ações do Planejamento Estratégico (PE) do MS são monitorados em um sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR), de acordo com cronograma estabelecido. Os resultados prioritários (recorte estratégico) são monitorados mensalmente e os demais a cada três meses. A CGAN possui três resultados de acompanhamento prioritários relacionados ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro, ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e ao Programa Academia

da Saúde. Os pareceres de monitoramento de cada resultado e produto devem conter informações sobre o cenário atual, pontos críticos e recomendações, além da classificação do status atual (alcançado, satisfatório, alerta, crítico e cancelado). Também é realizada uma revisão anual por meio de oficinas específicas. Essas informações do e-CAR são também utilizadas pela CGPO/SAS e pela Secretaria Executiva do MS para prestar esclarecimentos aos órgãos de controle interno e externo.

- **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (Dcnt) no Brasil 2011-2022³**
- **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN):** sob coordenação da Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), este plano trata das ações, programas e políticas setoriais que integram o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), do qual ao SUS é protagonista ativo. O SISAN e o Plansan têm como seus fundamentos e objetivos a garantia do Direito Humano à Alimentação e Nutrição e a Segurança Alimentar e Nutricional em todo o território nacional. A PNAN é a face mais visível da contribuição da saúde para a garantia do DHAA, mas a participação do SUS não se resume a essa área, requerendo ser fortalecida essa agenda.
- **Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PLANAPO):** sob coordenação da Comissão Intersetorial de Agroecologia e Produção Orgânica (CIAPO), esta agenda tem forte protagonismos do MDA, MAPA, MMA e MDS. Agenda da saúde é viabilizada por duas temáticas de interface: a promoção da alimentação adequada e saudável, tendo como conector principal o Guia Alimentar da a População Brasileira, e saúde do trabalhador e meio ambiente, especialmente em relação ao impacto da produção de alimentos com o uso de agrotóxicos. Portanto, participam dessa agenda tanto a CGAN como a SVS (Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST);

3.2 Financiamento

O Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição ocorre de forma indireta, por meio de outros incentivos do SUS, que podem ser utilizados para a realização dessas ações, a critério do ente municipal, como o piso de atenção básica fixo e piso de promoção da saúde e, de forma direta, com a transferência de incentivos específicos, destacados a seguir.

• Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)

Desde 2006, tem sido repassado incentivo a estados, Distrito Federal e municípios de grande porte (população superior a 150 mil habitantes) com o objetivo de apoiar a estruturação das ações de alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde. O incentivo financeiro, conhecido como Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) foi instituído pela Portaria nº 1.357/GM/MS, de 23 de junho de 2006, e redefinido pela Portaria nº 1.738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013. Destina-se ao custeio de serviços e despesas relacionadas com a efetiva implementação das ações de alimentação e nutrição das Redes de Atenção à Saúde do SUS, principalmente no âmbito da Atenção Básica, priorizando-se as seguintes diretrizes da PNAN: (1) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, (2) Vigilância Alimentar e Nutricional, (3) Prevenção dos Agravos Relacionados à Alimentação e Nutrição, especialmente, sobrepeso, obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri e (4) qualificação da força de trabalho.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>.

A Portaria nº 1.738/2013 destaca que se trata de recurso de custeio, não devendo ser utilizado para fins diversos, como despesas de capital. Apesar de o recurso ser de custeio desde a primeira portaria, tal destaque foi necessário, tendo em vista as constantes dúvidas e uso incorreto do recurso por parte dos estados e municípios.

Atualmente, além dos 26 estados, 180 municípios (o Distrito Federal, nesse caso, é classificado como município) são contemplados, incluindo todas as capitais do país. Dois novos municípios foram incluídos no ano de 2015: Bragança Paulista (SP) e Pindamonhangaba (SP), considerando o aumento do porte populacional dos mesmos nos dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012. Esses 180 municípios possuem aproximadamente 46% da população brasileira, e estão localizados predominantemente da região sudeste, principalmente dos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Os valores repassados são proporcionais à densidade populacional dos estados e municípios.

Por meio da Portaria nº 1.738/2013, o valor total a ser repassado era de R\$ 9.745.000,00. Porém, em 2015, em função do contingenciamento orçamentário do Ministério da Saúde, fez-se necessário reduzir o valor do repasse aos estados e aos municípios. Na Portaria nº 1.677/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, estabeleceu-se novos valores de repasse, considerando uma redução de 45% do recurso destinado aos estados e uma redução proporcional ao porte populacional para os municípios, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Percentual de redução dos valores do FAN para municípios em 2015

Porte populacional (IBGE, 2012)	Percentual de redução em 2015
150 a < 200 mil	10,00%
200 a < 300 mil	10,00%
300 a < 400 mil	14,86%
400 a < 500 mil	15,00%
500 a < 600 mil	15,00%
600 a < 1 milhão	20,00%
1 a < 2,5 milhões	24,00%
≥ 2,5 milhões	24,00%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Assim, o valor total de recursos repassados, autorizados por meio da Portaria nº 1.677/GM/MS, foi de R\$ 7.401.000,00, pagos no dia 30 de dezembro de 2015. A **Tabela 7**, a seguir, apresenta a distribuição do recurso por estados e municípios:

Tabela 7 – Valores repassados aos estados e municípios por porte populacional

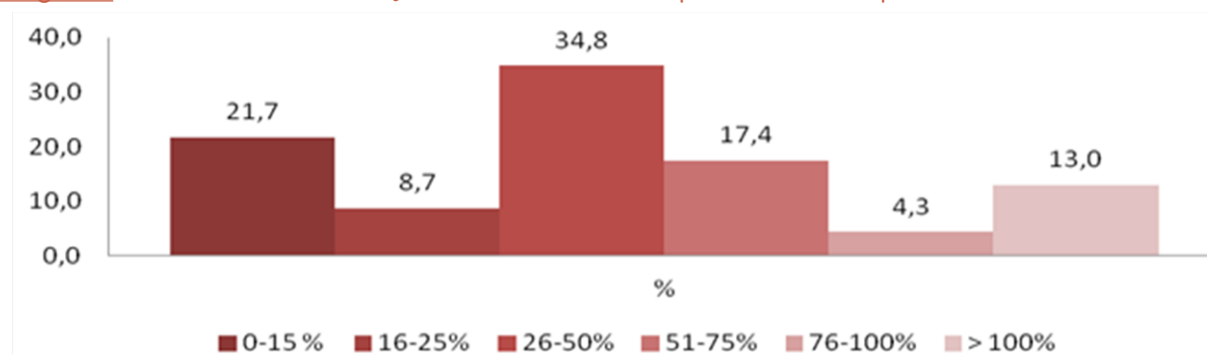
Porte Populacional	N	Recurso (R\$)
Estados		
< 2,5 milhões	6	49.500,00
2,5 - 4 milhões	8	60.500,00
4 - 9 milhões	6	71.500,00
≥ 9 milhões	6	82.500,00
Total	26	1.705.000,00
Municípios		
≥ 2,5 milhões	5	76.000,00
1 - 2,5 milhões	11	60.800,00
600 mil - 1 milhão	16	48.000,00
500 - 600 mil	6	42.500,00
400 - 500 mil	15	34.000,00
300 - 400 mil	29	29.800,00
200 - 300 mil	54	27.000,00
150 - 200 mil	44	18.000,00
Total	180	5.696.000,00

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Com o objetivo de avaliar o uso e gestão do FAN, em 2015 foi enviado questionário, por meio eletrônico, utilizando-se o FormSUS, a todos estados e municípios que receberam recursos do Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) no exercício de 2013. Houve retorno de respostas de 146 referências municipais de alimentação e nutrição e 24 estaduais, representando 82,02% e 92,30%, respectivamente, do total de municípios e estados que recebem o incentivo.

Analisando o percentual de execução orçamentária, observa-se que os estados tiveram maior capacidade de utilização do recurso do FAN que os municípios. Um percentual de 21,7% dos estados executou apenas 0-15% do recurso disponível; a maioria dos estados (34,8%) conseguiu executar 26-50%; 17,4% utilizou 51-75% do recurso; e apenas 4,3% conseguiu utilizar de 76 a 100% do FAN. Um percentual de 13% dos estados executou um valor superior a 100%, tendo em vista a utilização de outras fontes de recurso para ações de alimentação e nutrição, de acordo com a Figura 1.

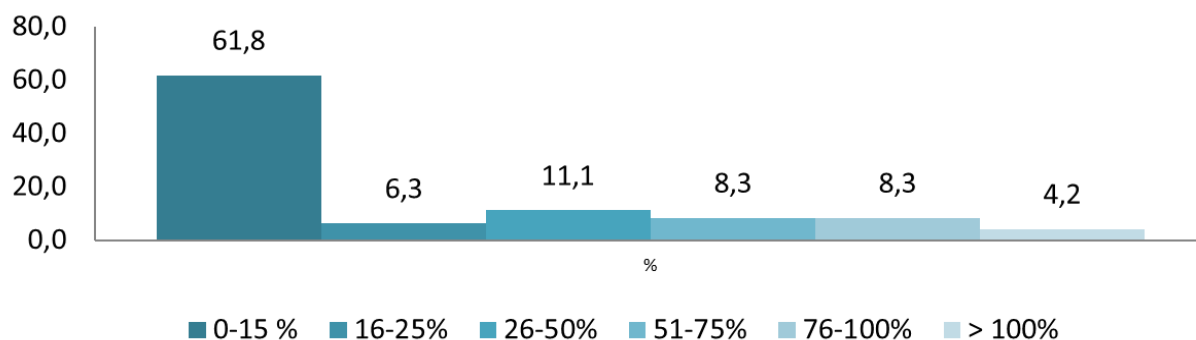
Figura 1 – Percentual de execução do recurso do FAN pelos estados, repassados no exercício de 2013



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Ao analisar os dados dos municípios, mostrados na Figura 2, a maioria deles (60,9%) executou apenas entre 0 a 15% do recurso.

Figura 2 – Percentual de execução do recurso do FAN pelos municípios, repassados no exercício de 2013



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Também foi investigado se houve dificuldade na execução do recurso: 56,5% dos estados e 58,9% dos municípios relataram alguma dificuldade nessa execução financeira. As principais dificuldades citadas foram:

- I – Estados: Recursos Humanos insuficientes; processo licitatório: burocracia, lentidão; forma de repasse do recurso junto ao bloco de gestão; dificuldades de articulação com outros setores da gestão estadual para conseguir executar o recurso;
- II – Municípios: processos licitatórios: lentidão, burocracia e prioridades dentro da SMS; falta de conhecimento em como acessar e utilizar o recurso; recurso apenas de custeio, acesso ao recurso, já que este é repassado junto com o Bloco da Gestão; mudanças na gestão; ano eleitoral.

• Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional

Em 2011, foi criado o incentivo para estruturação da vigilância alimentar e nutricional, por meio da compra de equipamentos antropométricos, em Unidades Básicas de Saúde com equipes aderidas ao Programa Nacional da Melhoria da Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e polos do Programa Academia da Saúde, por meio da Portaria nº 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011.

O recurso referente à Portaria nº 2.268/GM/MS, de 16 de outubro de 2014, ficou em restos a pagar deste ano e comprometeu o orçamento de 2015 em R\$ 7.800.000,00. Em função do contingenciamento orçamentário de 2015, não foi feito repasse do incentivo para estruturação da vigilância alimentar e nutricional referente a este exercício.

Tendo em vista a dificuldade de muitos municípios para a utilização, ou mesmo a falta de conhecimento sobre a existência desse recurso, a CGAN fez uma pesquisa, via contato telefônico com os municípios, com apoio da Ouvidoria do Ministério da Saúde. Utilizou-se um questionário, abordando itens sobre as ações e a utilização dos recursos da estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, cujos respondentes foram os gestores (Secretário Municipal de Saúde ou Coordenador/Gerente de Saúde, Coordenador de Atenção Básica ou Coordenador de Alimentação e Nutrição ou Coordenador do SISVAN). O objetivo foi fomentar a utilização dos recursos pelos municípios.

Essa iniciativa gerou um interesse dos municípios sobre finalidade e uso dos recursos. Dessa forma, a demanda por esclarecimentos foi viabilizada por diferentes meios: correio eletrônico, links para acesso das portarias já publicadas; Manual de Aquisição de Equipamentos Antropométricos; Marco de Referência Alimentar e Nutricional na Atenção Básica; e arquivo contendo informações sobre pagamentos de incentivos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

Como atividade prioritária para qualificar a gestão desses recursos, para o próximo exercício, há necessidade de investimento em diagnosticar e monitorar o cenário sobre disponibilidade de equipamentos antropométricos nas UBS, o que já é possível, em alguma medida, com o PMAQ.

3.3 Apoio a Estados e Municípios

Além das ações de financiamento, a CGAN também apoia tecnicamente as ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios por meio da elaboração e disponibilização de materiais técnicos e cursos de autoaprendizado, realização de oficinas in loco, participação em eventos, capacitações sobre implantação e monitoramentos de programas, além de solução de dúvidas por telefone, e-mail e redes sociais.

No segundo semestre do ano de 2015, a CGAN criou Grupo Técnico de Gestão (GT Gestão), com a participação de representantes de todas as equipes internas da CGAN, que tem como objetivo acompanhar as ações, os programas e as estratégias desenvolvidas no âmbito da PNAN nos estados e municípios. Para isso, o GT Gestão utiliza instrumentos de apoio como relatórios situacionais semestrais e viagens técnicas aos estados, visando fortalecer a articulação interfederativa para implementação da PNAN.

Os relatórios situacionais, elaborados para cada Unidade Federada, foram encaminhados às referências estaduais, por meio eletrônico. Neles, além de constar uma breve introdução das ações compartilhadas entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, apresenta-se a posição de cada município em relação ao alcance de metas pactuadas para os diferentes programas, ações e iniciativas sob responsabilidade da CGAN.

Os relatórios situacionais procuram consolidar e sistematizar detalhes das ações: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); Programa Bolsa Família (PBF); Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA); NutriSUS; Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB); Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; e Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN).

Essas informações evolutivas da cobertura de acompanhamento das ações nos estados e nos municípios são oriundas de sistemas de informação do Ministério da Saúde e são organizados por ações de alimentação e nutrição, em planilhas e gráficos. Para possibilitar a comparação entre um estado ou município em relação aos demais, a média percentual Brasil é utilizada para situar o ente federado acima ou abaixo desse ponto de corte. Esses dados são analisados e relatórios analíticos são gerados pela CGAN e encaminhados às referências estaduais, por meio eletrônico.

Essas informações são também utilizadas para planejar e priorizar as visitas técnicas aos estados. Os estados com menor percentual são priorizados. Também se considera a oportunidade de visitas atreladas a outros eventos do estado, oportunizando viagens e racionalizando o dispêndio de recursos com diárias e passagens dos técnicos da CGAN.

Em 2015, foram realizadas visitas aos estados de Goiás (outubro), Rio Grande do Norte (novembro), Amapá (novembro) e Amazonas (dezembro).

Figura 3 – Encontro com as referências municipais do estado do Rio Grande do Norte



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2015.

Cada visita técnica aos estados importante momento para o esclarecimento de dúvidas e relatos dos principais desafios na gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em especial a utilização do recurso de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN). Por meio de reuniões da CGAN com os Secretários Estaduais de Saúde, as equipes das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição (ATAN) e as referências estaduais e municipais, são abordadas as fragilidades na gestão, as possibilidades e potencialidades de qualificação da gestão dos programas e ações, por meio da sensibilização e orientação dos profissionais envolvidos na execução programas da PNAN, ressaltando-se ainda as potenciais articulações que podem ser feitas in loco para reverter alguns quadros de baixa adesão/cobertura aos programas de alimentação e nutrição.

Essa inovação gerencial – relatórios situacionais norteadores das articulações com os estados - tiveram como referência o mês de outubro de 2015. A partir de 2016, definiu-se por dois cortes temporais para emissão desses relatórios, tornando-os instrumentos de rotina gerencial: os meses de fevereiro de agosto de cada ano.

4

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL

4.1 Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI

A desnutrição em crianças menores de cinco anos ainda é um grande desafio para os países em desenvolvimento, principalmente devido às suas consequências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência infantil. Apesar das reduções significativas nas taxas de desnutrição crônica (déficit de altura para idade) e desnutrição ponderal (déficit de peso para idade) observadas na população brasileira, e relacionadas ao conjunto de políticas sociais, a tendência de tais reduções não ocorreu de maneira uniforme em todos os grupos populacionais. Tal problemática ainda persiste em grupos vulneráveis, como indígenas, quilombolas e famílias com maior vulnerabilidade, a exemplo das beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

Neste contexto, o governo federal assumiu compromissos relacionados ao enfrentamento da desnutrição infantil tanto no Plano Nacional de Saúde (Diretriz 7) quanto no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) (Diretriz 5), nos quais foram incluídas metas para o período de 2012-2015. Assim, estratégias foram desenhadas e a proposta de uma agenda para apoiar os municípios de menor porte populacional que ainda apresentavam altas taxas de déficit de peso para idade em crianças menores de cinco anos foi definida como prioritária. Instituída por meio da Portaria nº 2.387, em 18 de outubro de 2012, com o objetivo de estruturar ações de alimentação e nutrição nos municípios priorizados, segundo as maiores prevalências de desnutrição infantil, a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) consistiu num conjunto de ações articuladas para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, tendo como foco central potencializar os cuidados relativos à promoção e proteção da saúde e diagnóstico e tratamento da desnutrição, em função da persistência do agravo em grupos populacionais específicos em um contexto histórico de declínio da sua prevalência no Brasil. Além disso, foi considerada também a necessidade de estruturação e qualificação de ações para o enfrentamento da desnutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente, no âmbito da Atenção Básica e em consonância com as agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha.

Seguindo a lógica de outros programas do Departamento de Atenção Básica (DAB), a ANDI foi estabelecida com base em processo de adesão dos gestores municipais, previamente selecionados, seguido de contratualização de metas e repasse financeiro condicionado ao cumprimento das mesmas. Tal desenho de repasse financeiro, aliado ao cumprimento de metas, constituiu-se em inovação no processo de investimento financeiro da área nas ações de alimentação e nutrição do SUS. Assim, o repasse dos recursos financeiros foi condicionado ao atendimento de agenda mínima essencial, compreendendo

a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde, considerando como prioridades a investigação de casos de desnutrição, aumento do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e aumento do acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de cinco anos no Sisvan, descritas no quadro abaixo. Ainda, recomendou-se que as ações planejadas constassem nos Planos Municipais de Saúde e os resultados das ações e atividades desenvolvidas com os recursos financeiros relativos à ANDI fossem apresentados no Relatório Anual de Gestão do Município.

Quadro 2 - Ações de atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito da agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil

Ações de atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde no âmbito da agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil	
<ul style="list-style-type: none"> • Investigação dos casos de desnutrição diagnosticados, observando-se a causa, o tratamento, o acompanhamento e o desfecho de cada caso; • Organização da atenção nutricional à desnutrição infantil no território, considerando o âmbito da Atenção Básica, dos centros especializados e do(s) hospital(is); • Realização de suporte técnico às equipes de saúde locais para que realizem ações de atenção integral à saúde da criança, vigilância e estimulação do desenvolvimento infantil e de alimentação e nutrição; • Fomento às ações de redução da desnutrição infantil; fomento às ações de prevenção e controle das carências nutricionais, com a garantia da suplementação de ferro e de vitamina A para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição; 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento e acompanhamento dos Programas de Suplementação de Ferro e de Vitamina A; • Implementação de ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos; • Promoção da alimentação adequada e saudável; e • Acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população por meio do SISVAN e o reforço ao acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF.

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Dessa forma, participaram da agenda os municípios com menos de 150 mil habitantes que apresentavam maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade, segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no ano de 2011. Com base neste recorte, foram definidos, primeiramente, dois grupos de municípios: I) Municípios com prevalência de desnutrição infantil superior ou igual a 10% em crianças menores de cinco anos de idade e cobertura populacional de avaliação antropométrica superior ou igual a 10% em crianças da mesma faixa etária no Sisvan e II) Municípios com prevalência de desnutrição infantil superior ou igual a 10% em crianças menores de cinco anos de idade e cobertura populacional de avaliação antropométrica inferior a 10% em crianças menores de cinco anos de idade no Sisvan, contabilizando um total de 212 municípios. Tais municípios foram, em

sua maioria, de pequeno porte (até 20 mil habitantes) e aproximadamente 70% (152) situavam-se nas Regiões Norte e Nordeste do país, apresentando, ainda, maior vulnerabilidade socioeconômica, com indicadores de mortalidade infantil, Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, cobertura de saneamento, Produto Interno Bruto - PIB per capita e percentual da população abaixo da linha da extrema pobreza, piores do que as médias nacionais. Por outro lado, os mesmos municípios apresentavam, em relação às médias nacionais, maiores coberturas da Atenção Básica à saúde, maior percentual de acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família (PBF) e maior cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), possuindo potencial para a implementação da ANDI.

No ano de 2013, por meio da Portaria nº 3.059, de 11 de dezembro, foi incorporado à Agenda o grupo III, composto por municípios que apresentavam altas taxas de mortalidade infantil indígena, em função das particularidades da atenção à saúde desta população, em especial com relação aos casos de desnutrição infantil, em uma ação de esforços conjuntos entre a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Assim, a ANDI foi ampliada para municípios que integram os territórios de cinco Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da Região Norte (Yanomami, Vale do Javari, Tocantins, Alto Rio Juruá e Altamira) que apresentavam maiores taxas de mortalidade infantil, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Assim, a ANDI apresentou ampliação para participação de um total de 238 municípios, sendo o repasse dos recursos financeiros feito fundo a fundo no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, em parcela única anual, de acordo com o porte populacional do município.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Após o último repasse de recurso financeiro, previsto para 2014, e realizado em 04 de maio de 2015, foi feito o monitoramento dos municípios participantes da ANDI nos doze meses subsequentes, sendo encerrada a agenda nestes moldes e discutidos os resultados alcançados com a ação para redefinição de novos rumos às ações de atenção à desnutrição infantil no país. O fechamento da agenda foi realizado no Encontro Nacional com as Referências Estaduais de Alimentação e Nutrição, em agosto de 2015, com os Estados participantes por meio de balanço dos anos 2012 a 2015 da Agenda. Assim, foi apresentado o monitoramento final da Agenda e foram realizadas orientações aos municípios para continuidade das ações para a organização da atenção nutricional, em especial na infância.

- **Dentre os principais resultados, foi observado:**

- Aumento da cobertura do acompanhamento do estado nutricional em todos os estados participantes;
- Aumento da média de cobertura com relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;
- Aumento da média de cobertura do Programa de Nacional Suplementação de Vitamina A;
- Redução da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos nos municípios que aderiram à ANDI, considerando o índice peso para idade, em 2011 tal prevalência era de 14,14%, passando para 10,94%, 8,78% e 8,06% em 2012, 2013 e 2014, respectivamente. Ou seja:
 - » de 2011 a 2013 reduziu-se em mais de 37,9% dos casos de déficit de peso/idade em crianças menores de cinco anos de idade registrados no Sisvan.
 - » considerando todo o período, de 2011 a 2014, foi observada uma redução de 43% na prevalência de déficit ponderal em crianças menores de cinco anos.

- **Principais investimentos**

A Tabela 8 mostra os valores repassados nos anos 2012, 2013 e 2014, bem como o número de municípios contemplados.

Tabela 8 - Repasse financeiro da agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil

Ano	Número de Municípios contemplados	Valor do Recurso Financeiro
2012*	195	R\$ 10.990.000,00
2013**	226	R\$ 12.855.000,00
2014***	216	R\$ 12.245.000,00
Total repassado aos municípios		R\$ 36.090.000,00

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

* Valor repassado com base nas Portarias SAS nº 1.301, de 27 de novembro de 2012 e nº 1.355, de 6 de dezembro de 2012.

** Valor repassado com base nas Portarias SAS nº 1065, de 19 de setembro de 2013 e nº 1.406, de 13 de dezembro de 2013.

*** Valor referente à Portaria nº 2.267, de 16 de outubro de 2014, repassado em 04 de maio de 2015.

- **Principais dificuldades e desafios e Estratégias de superação adotadas**

Apesar dos avanços da Agenda, destacando-se o apoio mais próximo aos municípios, especialmente aqueles de maior vulnerabilidade, qualificação da Agenda da Saúde da Criança e articulação intersetorial, ainda são muitos os desafios no combate à desnutrição em tais municípios, dentre eles: a dificuldade, por parte dos profissionais e gestores da Atenção Básica, no âmbito da investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil, elevada rotatividade de profissionais, dificuldade de execução de recursos financeiros pelos municípios, dificuldade no registro de dados nos sistemas de informação, a exemplo do Sisvan, Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família e do sistema de monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Para apoiar estados e municípios na implementação da ANDI, foi elaborado o Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional Infantil, disponível no sítio eletrônico <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/andi/>>, realizadas oficinas de formação dos gestores e profissionais de saúde em todos os estados brasileiros e elaborado um curso de autoaprendizagem, disponível na RedeNutri sobre a agenda, com o objetivo de ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde, gestores e população sobre o tema. Ainda, foi encaminhado aos Estados relatórios de monitoramento com o desempenho individualizado de cada município dos anos de 2012 a 2015.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Municípios que aderiram à Agenda.

- **Perspectivas para 2016**

Espera-se que todas as esferas de gestão mantenham a atenção especial à organização da atenção nutricional no que tange à desnutrição infantil, acompanhando especialmente os municípios de maior vulnerabilidade, como sinalizados pela ANDI.

4.2 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - PNSVA

O Programa, conforme disposto na Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, tem como objetivo prevenir a ocorrência de hipovitaminose A e potencializar o pleno desenvolvimento infantil, por meio da suplementação profilática com megadoses de vitamina A de 100.000 UI e 200.000 UI para as

crianças de 6 a 59 meses de idade. As crianças de 6-11 meses recebem uma dose anual de 100.000 UI e as crianças de 12-59 meses recebem uma dose de 200.000 UI de 6 em 6 meses.

As cápsulas de vitamina A são adquiridas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e encaminhadas para os estados para que sejam distribuídas para os municípios participantes, de acordo com a meta definida para cada região do país:

- Norte e Nordeste:
 - » Crianças de 6-11 meses: suplementar 100% das crianças nessa faixa etária com uma dose única de 100.000 UI.
 - » Crianças de 12-59 meses: suplementar 70% das crianças nessa faixa etária com a 1ª dose e suplementar 40% das crianças nessa faixa etária com a 2ª dose.
- Sul, Sudeste e Centro-Oeste:
 - » Crianças de 6-11 meses: suplementar 60% das crianças nessa faixa etária com uma dose única de 100.000 UI.
 - » Crianças de 12-59 meses: suplementar 50% das crianças nessa faixa etária com a 1ª dose e suplementar 30% das crianças nessa faixa etária com a 2ª dose.

No Brasil, inquéritos nacionais apontam para o inadequado consumo alimentar em crianças menores de 5 anos que impacta na sua condição de saúde. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006) mostrou que a prevalência de deficiência de vitamina A foi de 17,4% nas crianças brasileiras menores de 5 anos, sendo que as maiores prevalências foram observadas nas Regiões Sudeste (21,6%) e Nordeste (19,0%) e as menores prevalências foram observadas nas Regiões Sul (9,9%), Centro-Oeste (11,8%) e Norte (10,7%) do país (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

A suplementação com megadoses de vitamina A no Brasil é realizada, desde a década de 80, em alguns estados da Região Nordeste. Até 2010 o programa esteve centrado apenas nos municípios da Região Nordeste, Região Norte de Minas Gerais e Vale do Jequitinhonha; em 2010 foi ampliado para os municípios da Amazônia Legal e Distritos Sanitários Especiais Indígenas da região em função do Plano de Redução da Mortalidade Infantil. Em 2012, o programa foi incluído no conjunto de prioridades voltadas à eliminação da pobreza no país, passando a fazer parte da Ação Brasil Carinhoso. Ao ser incorporado ao conjunto de prioridades da Ação Brasil Carinhoso, o programa passou a atender, além dos municípios da Região Nordeste, todos os municípios da Região Norte, municípios das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul que fizeram a adesão voluntária e todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

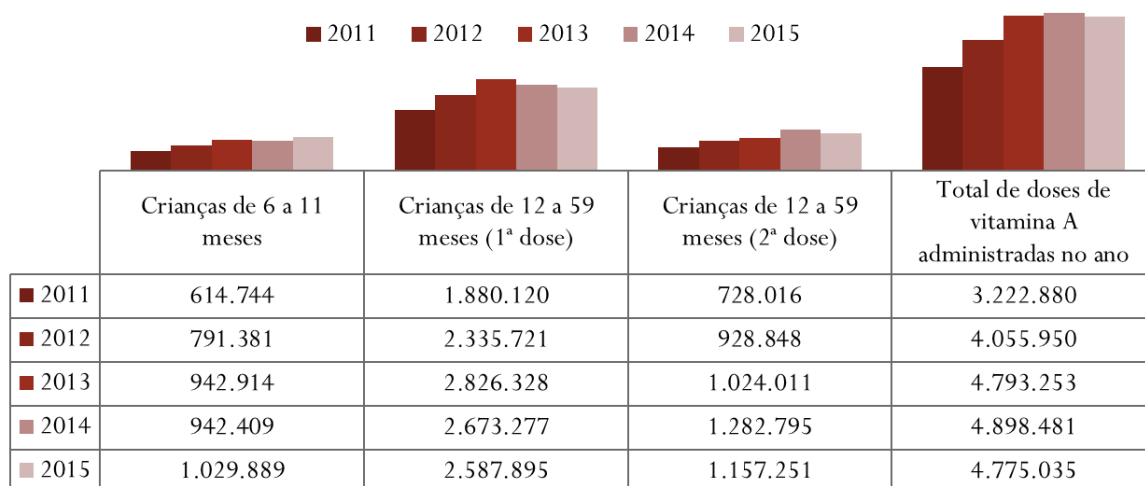
Antes do lançamento da Ação Brasil Carinhoso participavam do Programa 2.052 municípios. Com a ampliação, o Programa passou a atender mais municípios no país. Em 2015, novos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul solicitaram, de forma espontânea e oficial, a adesão ao PNSVA, considerando os importantes efeitos da suplementação na saúde e nutrição das crianças. Com isto, em 2015, o programa contemplou 3.562 municípios em todo o país.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**
 - Oficina de Especialistas para Revisão/Aperfeiçoamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, em Brasília, com parceiros e especialistas brasileiros para discutir acerca das recomendações, redesenho e diretrizes do programa brasileiro. Participaram especialistas de diversas instituições como: UFPE, USP, UNICAMP, UERJ, UFRN e UNB;

- 3.562 municípios participaram do Programa e, destes, 2.953 (82,9%) utilizaram-se do sistema de gestão para registro das doses de vitamina A administradas. A meta do Planejamento Estratégico 2012-2015 – que previu que 3.034 municípios realizando suplementação de megadoses de Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade em 2015 foi superada;
- Nesse ano, 3.617.789 crianças de 6-59 meses de idade foram suplementadas com megadoses de vitamina A, totalizando 60,3% da cobertura anual;
- Distribuição de 4.775.035 cápsulas de vitamina A de 100.000 UI e 200.000 UI às Unidades Básicas de Saúde do SUS em todos os estados da federação, Distrito Federal e Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs);

A figura, a tabela e o quadro abaixo apresentam: o histórico do número de crianças suplementadas com vitamina A no Brasil, o resultado da cobertura alcançada em 2015 por UF e o percentual de utilização das cápsulas com base na pauta de distribuição realizada em 2015.

Figura 4 - Número de crianças suplementadas com vitamina A no Brasil, 2011-2015



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/sistemas.php>>.

Tabela 9 – Resultado da cobertura da suplementação com vitamina A em 2015 por UF

UF	Crianças									Puérperas*		
	6 a 11 meses			12 a 59 meses						Meta	Adm	Cobertura
	Meta	Adm	Cobertura	1ª dose			2ª dose					
				Meta	Adm	Cobertura	Meta	Adm	Cobertura			
DF	22.120	20.083	90,79%	74.475	61.564	82,66%	44.685	18.862	42,21%	-	-	-
GO	48.444	51.484	106,28%	162.113	150.879	93,07%	97.245	67.275	69,18%	-	-	-
MS	16.711	9.291	55,60%	54.609	21.283	38,97%	32.760	5.983	18,26%	-	-	-
MT	25.425	22.596	88,87%	86.155	74.386	86,34%	51.679	31.478	60,91%	17.661	15.355	86,94%
Centro-Oeste	112.700	103.454	91,80%	377.352	308.112	81,65%	226.369	123.598	54,60%	17.661	15.355	86,94%
AL	50.961	38.896	76,33%	146.265	96.952	66,29%	83.576	31.119	37,23%	31.497	16.017	50,85%
BA	196.785	136.275	69,25%	577.996	334.903	57,94%	330.270	136.507	41,33%	123.394	50.909	41,26%

Continua

Conclusão

UF	Crianças									Puérperas*		
	6 a 11 meses			12 a 59 meses								
				1ª dose			2ª dose					
	Meta	Adm	Cobertura	Meta	Adm	Cobertura	Meta	Adm	Cobertura	Meta	Adm	Cobertura
CE	121.063	116.174	95,96%	347.117	248.759	71,66%	198.339	142.562	71,88%	75.321	87.359	115,98%
MA	116.895	85.240	72,92%	357.231	172.507	48,29%	204.134	76.159	37,31%	69.341	37.713	54,39%
PB	55.787	34.038	61,01%	156.936	70.602	44,99%	89.676	50.769	56,61%	34.099	23.955	70,25%
PE	126.255	133.510	105,75%	370.036	268.938	72,68%	211.452	153.818	72,74%	85.145	79.402	93,26%
PI	44.610	33.190	74,40%	134.525	85.175	63,32%	76.869	38.641	50,27%	27.878	18.735	67,20%
RN	44.638	38.567	86,40%	128.397	93.084	72,50%	73.368	39.048	53,22%	28.088	22.479	80,03%
SE	31.580	31.582	100,01%	94.010	84.949	90,36%	53.718	38.077	70,88%	20.844	24.115	115,69%
Nordeste	788.574	647.472	82,11%	2.312.513	1.455.869	62,96%	1.321.402	706.700	53,48%	495.607	360.684	72,78%
AC	14.450	12.397	85,79%	43.877	28.640	65,27%	25.074	11.539	46,02%	6.326	5.824	92,06%
AM	73.073	42.379	58,00%	207.207	82.131	39,64%	118.405	49.942	42,18%	34.348	5.004	14,57%
AP	14.153	9.037	63,85%	39.180	22.556	57,57%	22.388	9.562	42,71%	6.708	1.269	18,92%
PA	140.108	72.881	52,02%	411.509	167.593	40,73%	235.140	67.987	28,91%	40.223	19.020	47,29%
RO	23.952	10.466	43,70%	68.897	30.150	43,76%	39.368	14.207	36,09%	8.134	4.490	55,20%
RR	14.979	9.632	64,30%	42.071	20.917	49,72%	24.039	10.736	44,66%	7.889	14.860	188,36%
TO	23.667	20.195	85,33%	69.449	55.586	80,04%	39.679	24.277	61,18%	8.665	16.997	196,16%
Norte	304.382	176.987	58,15%	882.190	407.573	46,20%	504.093	188.250	37,34%	112.293	67.464	60,08%
ES	21.558	16.191	75,10%	70.821	51.140	72,21%	42.489	17.780	41,85%	-	-	-
MG	45.496	52.397	115,17%	171.699	142.544	83,02%	102.977	68.461	66,48%	24.172	31.326	129,60%
RJ	39.378	7.078	17,97%	135.061	15.304	11,33%	81.034	3.654	4,51%	-	-	-
SP	35.973	13.090	36,39%	485.927	155.909	32,08%	291.543	34.113	11,70%	-	-	-
Sudeste	142.405	88.756	62,33%	863.508	364.897	42,26%	518.043	124.008	23,94%	24.172	31.326	129,60%
PR	27.054	7.336	27,12%	89.742	27.268	30,38%	53.831	7.288	13,54%	-	-	-
RS	10.491	3.005	28,64%	65.196	13.128	20,14%	39.105	4.165	10,65%	-	-	-
SC	4.900	2.879	58,76%	16.814	11.048	65,71%	10.081	3.242	32,16%	-	-	-
Sul	42.445	13.220	31,15%	171.752	51.444	29,95%	103.017	14.695	14,26%	-	-	-
Brasil	1.390.506	1.029.889	74,07%	4.607.315	2.587.895	56,17%	2.672.924	1.157.251	43,30%	649.733	474.829	73,08%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Quadro 3 – Percentual de utilização das cápsulas com base na pauta de distribuição e nos registros feitos no sistema de gestão do programa em 2015

UF	Doses 100.000 UI encaminhadas pelo Ministério da Saúde aos estados em 2015	Doses 100.000 UI administradas e registradas no sistema	Doses 100.000 UI perdidas e registradas no sistema	Utilização (%)	Doses 200.000 UI encaminhadas pelo Ministério da Saúde aos estados em 2015	Doses 200.000 UI administradas e registradas no sistema	Doses 200.000 UI perdidas e registradas no sistema	Utilização (%)
AC	32.500	12.397	5.707	55,7	94.700	46.003	4.283	53,1
AL	83.500	38.896	332	47,0	370.500	144.088	665	39,1

Continua

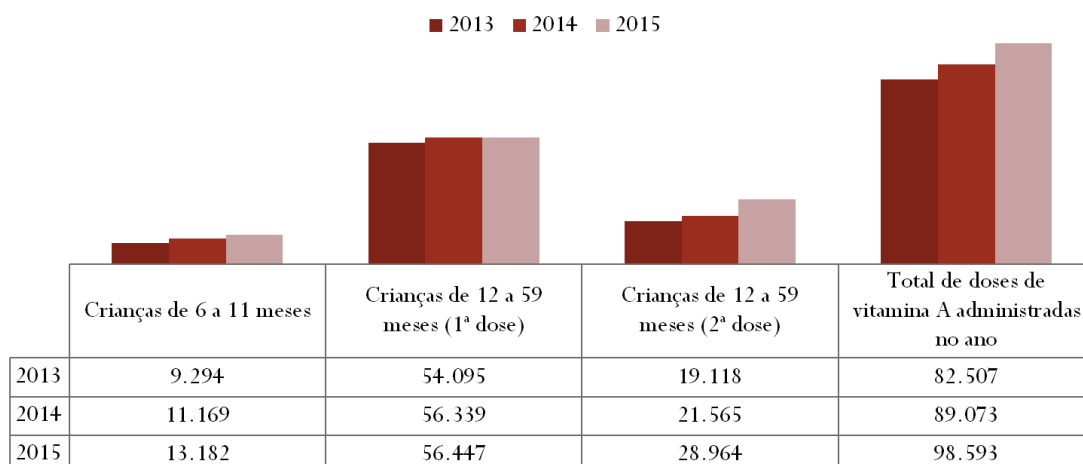
Conclusão

UF	Doses 100.000 UI encaminhadas pelo Ministério da Saúde aos estados em 2015	Doses 100.000 UI administradas e registradas no sistema	Doses 100.000 UI perdidas e registradas no sistema	Utilização (%)	Doses 200.000 UI encaminhadas pelo Ministério da Saúde aos estados em 2015	Doses 200.000 UI administradas e registradas no sistema	Doses 200.000 UI perdidas e registradas no sistema	Utilização (%)
AM	87.000	42.379	1.327	50,2	382.000	137.077	3.241	36,7
AP	60.000	9.037	709	16,2	86.700	33.387	1.797	40,6
BA	120.000	136.275	2.102	115,3	990.000	522.319	8.473	53,6
CE	192.500	116.174	1.442	61,1	947.000	478.680	2.222	50,8
DF	30.000	20.083	2.609	75,6	100.000	80.426	756	81,2
ES	41.000	16.191	2.992	46,8	112.000	68.920	5.952	66,9
GO	86.000	51.484	19.900	83,0	287.800	218.154	57.292	95,7
MA	235.500	85.240	776	36,5	844.500	286.379	61.553	41,2
MG	208.000	52.397	12.452	31,2	662.000	242.331	19.105	39,5
MS	28.000	9.291	5.493	52,8	118.000	27.266	7.527	29,5
MT	37.200	22.596	1.792	65,6	170.600	121.219	18.747	82,0
PA	146.000	72.881	6.007	54,0	706.000	254.600	26.996	39,9
PB	128.000	34.038	1.394	27,7	582.000	145.326	4.760	25,8
PE	276.500	133.510	1.681	48,9	683.500	502.158	40.605	79,4
PI	99.500	33.190	112.945	146,9	492.000	142.551	114.915	52,3
PR	28.000	7.336	182	26,9	160.000	34.556	459	21,9
RJ	41.000	7.078	13	17,3	160.000	18.958	26	11,9
RN	110.500	38.567	853	35,7	482.000	154.611	4.725	33,1
RO	55.500	10.466	104	19,0	242.000	48.847	571	20,4
RR	38.500	9.632	312	25,8	130.000	46.513	172	35,9
RS	11.500	3.005	200	27,9	70.000	17.293	231	25,0
SC	6.000	2.879	727	60,1	30.500	14.290	2.258	54,3
SE	54.000	31.582	3.274	64,5	236.500	147.141	8.426	65,8
SP	76.000	13.090	168	17,4	300.000	190.022	337	63,5
TO	50.000	20.195	65.331	171,1	173.500	96.860	2.561	57,3
DSEI	26.250	13.182	1.644	56,5	109.250	85.411	3.313	81,2
Brasil	2.388.450	1.043.071	252.468	54,2	9.723.050	4.305.386	401.968	48,4

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Em relação à suplementação de vitamina A em crianças indígenas, a CGAN, entre 2011 e 2015, apoiou a Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena (CGAPSI/SESAI), na implementação do Programa em todos os DSEI. A Figura 5 mostra o histórico do número de crianças indígenas aldeadas suplementadas com vitamina A em 2013 e 2015.

Figura 5 – Número de crianças indígenas aldeadas suplementadas com vitamina A no Brasil, 2013-2015



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/sistemas.php>>.

• Principais investimentos

A aquisição das megadoses de vitamina A, em 2015, foi feita por meio do estabelecimento de um Termo de Execução Descentralizada:

- O Termo de Execução Descentralizada – TED nº 07/2015 no valor de R\$ 1.564.500,00 para a aquisição de 3.000.000 de cápsulas de vitamina A de 100.000 UI e de 4.500.000 cápsulas de vitamina A de 200.000 UI para abastecimento dos municípios no ano de 2015.
- Em setembro/2015 foi encaminhado Termo de Referência para aquisição de 1.800.000 cápsulas de vitamina A de 100.000 UI e de 4.600.000 cápsulas de vitamina A de 200.000 UI para abastecimento dos municípios no ano de 2016. Em 30/12/2015 o Ministério da Saúde fez a descentralização de R\$ 40.380,00 para empenho, mas o Laboratório Fiocruz devolveu o recurso. Nova descentralização será feita em 2016.

Para a realização da Oficina de Especialistas para Revisão/Aperfeiçoamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foram investidos cerca de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) com passagens aéreas, diárias e alimentação.

Não houve, em 2015, investimentos em encontros para capacitação. O apoio aos estados e municípios, foi realizado tão somente por meio de email, telefone e durante as visitas do GT Gestão.

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

- Perda de cápsulas de suplementos em função de desajuste na pauta de distribuição dos estados: o Ministério da Saúde estabelece a pauta de distribuição de acordo com o que é solicitado pelos estados para utilização dos municípios participantes. Alguns estados solicitam cápsulas em excesso e outros possuem dificuldades para distribuí-las, o que ocasiona perda de insumos por não utilização. Orientações sistemáticas - por telefone ou presenciais - são dadas a fim de fomentar o pedido consciente das cápsulas evitando o desperdício. Vale ressaltar que os estados onde as perdas superam a administração em crianças devem ser supervisionados para acertos na gestão do Programa;
- Não registro de informação da suplementação de megadoses no Sistema de Gestão do Programa pelos municípios participantes, o que dificulta o monitoramento. Informes e contatos telefônico com estados e municípios são usados como meios para fomentar o registro das informações pelos entes federados.

- Dificuldades na implantação do Programa nos municípios, por falta de capacitação, ou por desconhecimento da operacionalização. Materiais instrucionais disponibilizados online e orientações por e-mail e telefone são meios usados para superar essa dificuldade.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Internas SCTIE (DAF); Coordenação-Geral da Saúde da Criança; Coordenação-Geral da Saúde da Mulher;
 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
 - Organismos internacionais: OPAS-OMS; UNICEF.
 - Universidades Públicas;
- **Perspectivas para 2016**
 - Insistir e procurar parcerias para a realização de investigação e estudos que estabeleçam a magnitude e a distribuição geográfica e populacional da deficiência no país, com vistas à orientação do desenho e gestão da intervenção;
 - Finalizar a suplementação de puérperas com vitamina A frente, às evidências científicas de sua ineficácias e por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), exigindo-se o redesenho do Programa;
 - Iniciar discussão sobre pertinência da manutenção e ou revisão da estratégia operacional de suplementação com megadose em populações e condições específicas - crianças indígenas, bolsões de pobreza, áreas com altas prevalências de desnutrição grave e TMI em crianças.
 - Investir em estratégias e esforços junto aos estados e municípios partícipes do Programa, com vistas a melhorar a cobertura da suplementação em crianças;

4.3 Programa Nacional de Suplementação de Ferro -PNSF

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) prevê a suplementação profilática de crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal (independentemente da idade gestacional) e mulheres até o 3º mês pós-parto com sulfato ferroso, com o objetivo de prevenir e controlar a anemia ferropriva mediante a suplementação medicamentosa universal com sulfato ferroso. Gestantes recebem ainda suplementação de ácido fólico.

As condutas terapêuticas adotadas no PNSF estão em consonância com as recomendações oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria para prevenção e controle da deficiência de ferro, e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para prevenção da ocorrência de defeitos abertos do tubo neural.

Os suplementos de ferro e ácido fólico estão disponíveis nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde, em todos os municípios brasileiros para toda a população prevista pelo Programa. Em 2013, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 1.555, a aquisição dos insumos previstos no Programa Nacional de Suplementação de Ferro foram incluídos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sob a responsabilidade dos estados (onde couber) e dos municípios.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**
 - **Compra centralizada e descentralizada dos suplementos**, via convênio, Para apoiar estados e municípios na transição operacional do programa, no que diz respeito à modalidade de aquisição dos suplementos. O objetivo desta aquisição foi suplementar 2,8 milhões de crianças menores de dois anos (50% da estimativa) durante aproximadamente cinco meses. Muito embora a contratação da aquisição tenha sido feita em 2013, entretanto,

os insumos permanecem sendo entregues aos municípios em 2015 (quatro pautas de distribuição totalizando 3.678.000 frascos de sulfato ferroso distribuídos);

- **Disponibilidade dos suplementos do PNSF na rede de saúde:** o ciclo de avaliação externa do PMAQ, realizado em 2012, mostrou disponibilidade de sulfato ferroso em 65% das Unidades Básicas de Saúde e ácido fólico em 63,3%. No ciclo PMAQ referente à 2013/2014, mostrou que havia disponibilidade de sulfato ferroso em 68,3% das UBS e 63,0% das equipes informaram possuir ácido fólico na UBS em quantidade suficiente para suas ações.
- **Qualificação dos indicadores da avaliação externa do PMAQ** sobre a disponibilidade de suplemento de ferro nas UBS, de tal forma a possibilitar a análise das informações de acordo com o público a que se destina (crianças/gestantes) e o destino dos suplementos (prevenção ou tratamento);
- **Relatório do Sistema Hórus:** mostrou que 817 municípios (14,66%) informaram movimentação de estoque (entradas e saídas) de sulfato ferroso e 1.147 municípios (20,59%) informaram movimentação de estoque de ácido fólico na farmácia básica.

• Principais investimentos

Os custos com a aquisição dos suplementos de ferro e ácido fólico previstos no Programa estão por conta do município ou estados (onde couber), por meio do recurso financeiro do Componente Básico de Assistência Farmacêutica. Portanto, não há previsão no orçamento da CGAN para essa aquisição em decorrência da descentralização dos recursos, via Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013).

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

- Inexistência de informações sobre a cobertura de suplementação de crianças, gestantes e mulheres no pós-parto: devido ao processo descentralização da aquisição dos suplementos de ferro e ácido fólico para os municípios, não é possível inferir em nível nacional essa cobertura;
- Baixo número de municípios com Sistema Hórus implantado: atualmente poucos municípios utilizam o sistema de gestão da Assistência Farmacêutica para gestão dos insumos.

A alternativa para superar essas dificuldades seria a implantação do módulo de dispensação de medicamento no E-SUS (registro obrigatório); as providências para isso já estão sendo tomadas, em conjunto com a Coordenação-Geral de Acompanhamento e avaliação do Departamento de Atenção Básica).

• Parcerias e principais entidades beneficiadas

- Internas: Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres/DAPES; Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES; Departamento de Assistência Farmacêutica; Secretaria Especial de Saúde Indígena/DSEI.
- Secretarias Estaduais de Saúde – Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição;
- Secretarias Municipais de Saúde;

• Perspectivas para 2016

- Monitorar a conclusão da entrega dos suplementos de ferro referentes à última compra centralizada, via Fundação para o Remédio Popular (FURP) (Convênio 21/2013);
- Mobilizar os municípios para realização da compra descentralizada dos suplementos, via

Componente Básico da Assistência Farmacêutica, e registro dos suplementos no Sistema de gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus;

- Estudar ferramentas adicionais que aperfeiçoem o monitoramento da implementação do programa nos municípios;
- Fomentar a investigação acerca da magnitude da deficiência de ferro infantil no país; e
- Garantir a continuidade da nova estratégia de prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro – NutriSUS.

4.4 Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó – NUTRISUS

A Estratégia, que consiste na adição direta de micronutrientes em pó aos alimentos que a criança, com idade entre seis e quarenta e oito meses, irá consumir em uma de suas refeições diárias, foi iniciada no segundo semestre/2014, em uma parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação. As creches foram escolhidas como o ambiente oportuno para tal ação, em função do tempo em que as crianças lá permanece.

O NutriSUS faz parte do conjunto de prioridades da Ação Brasil Carinhoso considerando a sua contribuição no cuidado integral de crianças de zero a seis anos. A ação foi inserida no Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças do Programa Saúde na Escola (PSE) como uma ação optativa. Ou seja, os municípios que aderiram ao PSE decidiam voluntariamente se participavam ou não do NutriSUS.

Em 2014 aderiram ao NutriSUS, 2.263 municípios, com 11.222 creches e 544.708 crianças. Em função do número limitado de sachês (20 milhões), foram priorizadas algumas creches, com base nos seguintes critérios:

- Creches com 95% ou mais de crianças de 6-48 meses de idade dos municípios das Regiões Norte e Nordeste;
- Creches prioritárias (aquelas com 95% ou mais de crianças de 6-48 meses de idade) dos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 110 crianças;

Portanto, o NutriSUS foi iniciado em 1.717 municípios, 6.864 creches e 330.376 crianças.

No Brasil, inquéritos nacionais apontam para o inadequado consumo alimentar em crianças menores de 5 anos que impacta na sua condição de saúde. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009) mostrou:

- Prevalência de baixo peso para estatura (P/E) em crianças menores de 5 anos de 1,6%;
- Prevalência de baixa estatura para a idade (E/I) de 6,8%;
- Prevalência de excesso de peso de 7,4%;
- Prevalência de anemia de 20,9%. Outros estudos mostram que a prevalência pode ser superior a 50% nas crianças menores de 2 anos em algumas regiões;
- Prevalência de deficiência de vitamina A em menores de 5 anos de 17,4%;
- Prevalência de anemia por deficiência de ferro em menores de 5 anos de 20,9%, sendo de 24,1% em crianças menores de dois anos.

Em 2014, foram publicados os resultados de um estudo multicêntrico realizado no período de junho de 2012 e julho de 2013, em quatro cidades brasileiras - Goiânia (GO), Olinda (PE), Porto Alegre (RS) e Rio Branco (AC) - o Estudo Nacional de Fortificação da Alimentação Complementar (ENFAC), cujo objetivo foi gerar evidências nacionais para avaliar a efetividade do uso de sachê de

micronutrientes no Brasil, bem como a adesão por mães e a aceitação por parte das crianças de 6 a 8 meses atendidas na rede de atenção do SUS.

Os resultados dos grupos controle e intervenção do estudo mostraram que, entre as crianças que receberam o sachê com múltiplos micronutrientes:

- A prevalência anemia foi 38% menor;
 - A deficiência de ferro foi 20% menor,
 - A prevalência de deficiência de vitamina A foi 55% menor;
 - A insuficiência de vitamina foi 60% menor.
 - Elas cresceram mais e apresentaram menores frequências de febre e chiado no peito nos últimos 15 dias que antecederam as entrevistas;
- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

A meta prevista no Planejamento Estratégico do MS - 2012-2015, apresentada abaixo, foi alcançada desde 2014 que previa a fortificação com sachês de múltiplos micronutrientes implantada em creches participantes do PSE.

A **Tabela 10** abaixo apresenta o número de municípios contemplados com o NutriSUS por Unidade Federativa e o número de municípios que implantaram a ação no 2º semestre de 2014 e em 2015, segundo dados do formulário eletrônico – FORMSUS disponibilizado no período de 25/11/14 a 11/01/15.

Tabela 10 – Número de municípios contemplados com o NutriSUS por UF e o número de municípios que implantaram a ação em 2014/2015

UF	Nº municípios contemplados com o NutriSUS no segundo semestre/2014	Nº municípios que referem ter iniciado a suplementação de crianças no segundo semestre de 2014	Nº municípios que referem ter iniciado a suplementação de crianças em 2015	Percentual de municípios que informaram ter iniciado o NutriSUS no segundo semestre de 2014 (%)
AC	11	5	6	45,5
AL	59	8	51	13,6
AM	18	0	18	0
AP	6	0	6	0
BA	233	11	222	4,7
CE	148	14	134	9,5
ES	24	0	24	0
GO	50	26	24	52
MA	138	7	131	5,1
MG	116	0	116	0
MS	14	0	14	0
MT	47	4	43	8,5
PA	55	3	52	5,5
PB	100	4	96	4
PE	112	9	103	8
PI	106	2	104	1,9

Continua

Conclusão

UF	Nº municípios contemplados com o NutriSUS no segundo semestre/2014	Nº municípios que referem ter iniciado a suplementação de crianças no segundo semestre de 2014	Nº municípios que referem ter iniciado a suplementação de crianças em 2015	Percentual de municípios que informaram ter iniciado o NutriSUS no segundo semestre de 2014 (%)
PR	62	16	46	25,8
RJ	24	17	7	70,8
RN	109	4	105	3,7
RO	12	3	9	25
RR	6	0	6	0
RS	16	0	16	0
SC	48	12	36	25
SE	35	7	28	20
SP	125	7	118	5,6
TO	43	0	43	0
Brasil	1.717	159	1558	9,3

Fonte: FormSus, 2015.

O monitoramento do NutriSUS é realizado meio do SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle), quando da avaliação anual do PSE. Esse sistema é gerido pelo Ministério da Educação (MEC).⁴

Foram impressos 5.000 exemplares do *Manual Operacional do NutriSUS*, que trata das etapas de implantação da Estratégia em estabelecimentos de educação infantil vinculados ao Programa Saúde na Escola, que serão enviados aos municípios e creches participantes do PSE durante o ano de 2016.

- **Principais investimentos**

O orçamento do ano de 2015 para a aquisição dos sachês de múltiplos micronutrientes foi de R\$ 7.445.700,00. Contudo, não foi executado em função dos embaraços administrativos no processo de importação do produto/transferência de tecnologia.

- **Principais dificuldades e desafios e Estratégias de superação adotadas**

Em 2015, não houve avanço no processo de aquisição e incorporação da tecnologia da produção nacional dos sachês. Essa ação estava vinculada à Parceria para Desenvolvimento Produtivo (PDP) entre Ministério da Saúde e Laboratório Farmacêutico da Marinha – LFM (parceria envolvendo outros laboratórios, como DSM, EMS, Geolab Indústria Farmacêutica e Núcleo de Pesquisas Aplicadas – NPA), excluída oficialmente pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde em outubro/2015, por meio do Memorando Circular nº 30/2015/SCTIE/MS.

A justificativa para exclusão da PDP de Micronutrientes baseou-se na sua inadequação frente à Portaria nº 2.531/2014, que redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução,

⁴ Até o fevereiro de 2016 o Ministério da Saúde ainda não havia recebido o resultado do monitoramento do NutriSUS do MEC.

decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP e o respectivo monitoramento e avaliação.

Em decorrências dessas restrições administrativas, não houve produção nacional e, portanto, distribuição dos sachês de micronutrientes em 2015.

Um processo de importação via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi iniciado no segundo semestre, com programação de entrega no primeiro semestre de 2016. Previu-se a importação de 20 milhões de sachês, possibilitando a continuidade da estratégia nos 1.717 municípios aderidos. O valor estimado para essa compra corresponde a R\$ 1.797.320,80.

Em síntese e decorrentes desses entraves administrativos e burocráticos, as principais dificuldades na gestão do NutriSUS foram:

- Não incorporação da tecnologia, em tempo hábil, para garantir a continuidade da intervenção. Em decorrência disso, em conjunto com a OPAS, o Ministério da Saúde está procedendo aos trâmites necessários para viabilizar a importação dos sachês de micronutrientes para garantir a continuidade da intervenção;
 - Produção nacional inviabilizada pela não adequação da Parceria de Desenvolvimento de Produto - PDP ao novo marco regulatório: é necessário que, em 2016, o sachê seja adicionado à Lista de Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para viabilizar a transferência de tecnologia e viabilizar a produção nacional do insumo;
 - Não realização de oficinas programa nos estados para orientar a implantação Da Estratégia cuja orientação e monitoramento somente foram efetivados por meio da produção de materiais orientadores, disponibilizados online no site do DAB, email e telefone com referências nos estados e municípios.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Internas: SCTIE (DECIIS e DAF); Secretaria Executiva do Ministério da Saúde;
 - ANVISA;
 - Ministério da Educação;
 - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
 - **Perspectivas para 2016**
 - Conjuguar esforços institucionais para garantir a aquisição e o suprimento adequados e continuados dos sachês, de forma a evitar a descontinuidade da estratégia NutriSUS nos municípios que aderiram;
 - Fomentar e dar início à produção nacional do insumo (retomar a PDP de micronutrientes), após finalização da transferência de tecnologia de produção do insumo (sachê)
 - Atualizar e reforçar as metas previstas nos compromissos de atuação do governo, como Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Plano Plurianual e Objetivo Estratégico do Ministério da Saúde voltadas à prevenção e controle da anemia no país;
 - Apoiar estados e municípios na implantação e continuidade da estratégia NutriSUS;

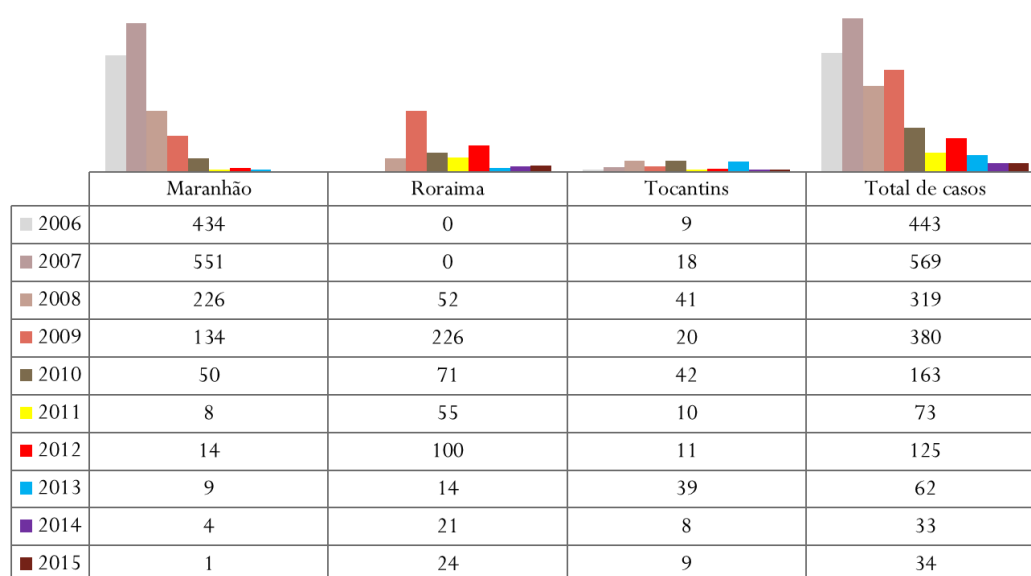
4.5 Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos Casos de Beribéri

O Beribéri é uma doença causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1), de natureza multicausal, que, apesar de fácil tratamento, pode levar ao óbito. No Brasil, os casos mais recentes ocorreram, a partir de 2006, após o surgimento de óbitos em adultos jovens por causa mal definida no estado do Maranhão. Mais tarde, novos casos foram notificados nos Estados de Tocantins e Roraima.

Grande parte dos surtos de Beribéri associa-se a condições de pobreza e fome, relacionando-se com situações de insegurança alimentar e nutricional grave, alimentação monótona baseada em arroz polido, elevado teor de carboidratos simples. Alguns grupos de risco específicos são acometidos pelo problema - alcoolistas, gestantes, crianças e pessoas que exercem atividade física extenuante.

Entre os anos de 2006 e 2015, foram confirmados 2.201 casos de beribéri nos Estados do Maranhão, Roraima e Tocantins, sendo que 48 pacientes evoluíram para óbito. A seguir o histórico do número de casos de beribéri confirmados ano a ano. (**Figura 6**)

Figura 6 – Histórico de casos confirmados de beribéri no período de 2006-2015



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Com base nas orientações para notificação dos casos de beribéri, constantes no Guia de consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos Casos de Beribéri, por meio da ficha de investigação clínica e de notificação dos casos de beribéri disponibilizada no sistema de formulários do DATASUS – FormSUS, foram obtidos as seguintes informações sobre a ocorrência dessa deficiência nutricional no ano de 2015:

- Em 2015 foram confirmados 34 casos de Beribéri, sendo 19 da forma seco, 14 úmido e 1 caso de Beribéri Shoshin associado à Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- 24 pacientes do sexo masculino (70,6%), a mediana de idade foi de 39 anos (variando de 1 a 77 anos) e entre os casos confirmados, 30 pacientes são indígenas (88,2%).
- Os casos mais graves ocorreram em crianças no estado do Tocantins: um menino de 9 anos de idade, no município de Esperantina, com quadro confirmado para beribéri seco,

e duas crianças indígenas residente no Polo base Tocantinópolis, Aldeia São José, da etnia Apinajé, (uma menina de 1 ano e 10 meses que apresentava desnutrição crônica associada e quadro diagnosticado para beribéri seco e caso suspeito em um menino de 1 ano e 2 meses), que apresentou suspeita de beribéri e iniciou a administração na tiamina na Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) de Tocantinópolis, porém o quadro não foi confirmado devido ao abandono da prova terapêutica e o retorno da família para a aldeia de origem.

- Foram identificados dois óbitos possivelmente associados ao Beribéri; um caso de Beribéri Shoshin confirmado e associado à Síndrome de Wernicke-Korsakoff em paciente residente em Palmas (óbito em outubro de 2015 por complicações cardíacas); o outro óbito foi registrado em paciente indígena da etnia Ka'apór, no Polo base Zé Doca (óbito por parada cardiorrespiratória, durante o tratamento para deficiência de tiamina).

As ações de enfrentamento do beribéri visam orientar e apoiar as equipes de Atenção Básica e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena na melhoria do diagnóstico, notificação e acompanhamento dos pacientes com casos suspeitos e confirmados de Beribéri na Rede de Atenção à Saúde.

O ressurgimento do beribéri, inclusive associados à óbitos, indica , permanência de situações de insegurança alimentar e nutricional grave no Brasil, inaceitáveis considerando os avanços que se obteve no combate à fome e a garantia da segurança alimentar e nutricional, colocando o Brasil, em 2015, fora do mapa mundial da fome

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

A Ação para o Enfrentamento do Beribéri está focalizada nos estados do Maranhão, Tocantins e Roraima, com especial atenção para áreas indígenas neles localizadas.

- Em 2015, foram realizadas reuniões técnicas nos três estados com casos de beribéri, com a participação da CGAPSI/SESAI e DSEI, com vistas a capacitar profissionais de saúde da Atenção Básica e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena no diagnóstico e atenção aos casos de beribéri;
- Em outubro/2015, foi realizada Oficina para o enfrentamento do Beribéri, contando com a participação de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde do Maranhão, Roraima e Tocantins, Universidade Federal do Maranhão, Instituto Federal de Roraima, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Maranhão e Leste de Roraima, Consea, Caisan e UVDHA/SVS. O objetivo da oficina foi avaliar as ações empreendidas em 2014/2015 para o enfrentamento do agravo nos Estados do Maranhão, Roraima e Tocantins, bem como planejar a agenda de trabalho para 2016.
- Considerando o Guia de consulta para vigilância epidemiológica, assistência e atenção nutricional dos casos de beribéri, foram reforçadas as recomendações para aquisição dos suplementos de tiamina, por parte dos municípios e estados com casos notificados, em função da necessidade de realização da prova terapêutica para confirmação dos casos e tratamento dos pacientes.

- **Principais investimentos**

No orçamento da CGAN não há previsão de recursos para esta ação, uma vez que a aquisição dos suplementos de tiamina está prevista na RENAME, a partir do recurso financeiro do Componente Básica da Assistência Farmacêutica.

- **Principais dificuldades e desafios e Estratégias de superação adotadas**

A não obrigatoriedade da notificação formal dos casos – via SINAN – pode resultar em subnotificação do agravo no país.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Internas: Unidade de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (UVDTHA/SVS); CGAPSI/DASI/SESAI;
- Secretarias Estaduais de Saúde dos estados do Maranhão, Roraima e Tocantins;
- Secretaria Nacional de Direitos Humanos;
- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional –CONSEA/Presidência da República;
- Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional CAISAN/MDS;

- **Perspectivas para 2016**

O Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2012-2015 (PLANSAN), estabeleceu meta específica para a deficiência, considerando a gravidade dessa carências nutricional

“Erradicar a existência de beribéri entre as populações mais vulneráveis, em especial da população negra, indígenas e dos demais povos e comunidades tradicionais”. (Diretriz 4 - Promoção, Universalização e Coordenação das Ações de Segurança Alimentar e Nutricional Voltadas para Quilombolas e demais Povos e Comunidades Tradicionais).

Muito embora os esforços do Ministério da Saúde em relação a essa ação, cujo objetivo específico é orientar e apoiar as equipes de Atenção Básica e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena na melhoria do diagnóstico, notificação e acompanhamento dos pacientes com casos suspeitos e confirmados na Rede de Atenção à Saúde, verificou-se o **não alcance da meta**.

Nesse sentido, optou-se por incluir o enfrentamento do beribéri como meta no Plano plurianual 2016-2019, considerando que este documento elenca as prioridades do Governo Executivo Federal e pode trazer maior visibilidade ao tema. Assim, a meta foi redefinida para: “Reduzir em 50% o número de casos confirmados de Beribéri”, o que exige recrudescimento das estratégias de ação, vez que, conforme mostram os dados de prevalência do Beribéri, não houve redução no número de casos notificados nos últimos anos.

O ressurgimento do Bériberi é uma evidente violação do Direito Humano à Alimentação Adequada dos segmentos populacionais e povos por ele atingidos, requerendo esforços conjuntos e integrados que extrapolam as competências e capacidades institucionais do Ministério da Saúde. Deve envolver outros setores governamentais- MDS, MDA, Caisan, Consea, Funai – e todas as esferas de governo no seu enfrentamento. Esse é o maior desafio que se verifica para o enfrentamento da doença. Portanto, é essencial incluir o tema agenda técnica e política dos setores mencionados – mais especialmente na agenda do Consea e Caisan, que integram o SINAN que tem por finalidade precípua garantir o DHAA no Brasil, reunindo esses e outros potenciais parceiros intra e intersectoriais, nas três esferas de governo, no enfrentamento do problema e na priorização de ações que visem a sua eliminação e/ou controle.

A este desafio estratégico somam-se outros, de responsabilidade do setor saúde e dos seus gestores (federal, estadual e municipal):

- Investir e apoiar a formação das equipes de Atenção Básica, incluindo os profissionais dos Programas Mais Médicos e de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) para diagnóstico do agravo;
- Melhorar o diagnóstico, a notificação e a assistência integral à saúde na Rede de Atenção à Saúde;
- Elaborar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Beribéri
- Orientar estados com casos de beribéri a discutirem a possibilidade de inclusão do agravo na lista de doenças de notificação obrigatória em âmbito estadual;
- Garantir a disponibilidade dos suplementos de tiamina em todas as UBS dos Estados do Maranhão, Roraima e Tocantins.
- Investir no fomento de estudos e pesquisas que apresentem a determinação e/ou cadeia de determinação do agravo;
- Investigara existência do agravo em outros estados e entre outros povos e comunidades tradicionais.

Como entraves do processo de monitoramento dos casos se destacam dois deles que devem ser olhados como prioridades em 2016 para garantir o atingimento dos compromissos do Estado e, particularmente do MS, na garantia do DHAA e da SAN:

- Não inclusão do agravo na agenda política e técnica dos gestores estaduais e municipais de saúde e sua invisibilidade para os demais setores e órgãos com interface para o enfrentamento do agravo;
- A não obrigatoriedade da notificação (nacional e estadual) formal dos casos – via SINAN – pode resultar em subnotificação do agravo no país.

4.6 Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas

No Brasil, o comportamento das prevalências de excesso de peso e de obesidade da população adulta com 20 anos ou mais de idade, a partir dos últimos inquéritos nacionais - Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003; POF 2008-2009 e Pesquisa Nacional de Saúde 2013, apresentou um aumento contínuo tanto para os homens quanto para as mulheres. Para os homens, a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,4% em 2002-2003 para 57,3% em 2013 e a obesidade de 9,3 % para 17,5%. No caso das mulheres, este aumento foi mais acentuado, passando de 42,1% em 2002-2003 para 59,8% em 2013, ao passo que a obesidade passa de 14,0% para 25,2% (IBGE; BRASIL, 2015).⁵

Estima-se que mais da metade da população apresenta excesso de peso (56,9 %), ou seja, cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 25 kg/m², indicando uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2 %), sendo do sexo masculino (55,6%). A obesidade, caracterizada por IMC igual ou superior 30 kg/m², foi diagnosticada para 16,8% dos homens, 24,4% das mulheres. Pessoas com obesidade representam quase um terço do total de homens com excesso de peso e mais de um terço no caso das mulheres com excesso de peso (IBGE; BRASIL, 2015).⁵

Diante do avanço do sobrepeso e da obesidade, a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, definindo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS, organizar os serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (atenção básica, média e alta complexidade) e nos sistemas de apoio. As Portarias nº 424 e

⁵ IBGE; BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro, 2014.

425, ambas de 19 de março de 2013, preveem que as Secretarias de Saúde dos Estados pactuem planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, estabelecendo em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência, definindo as especificidades da assistência ao indivíduo com obesidade e a distribuição dos serviços habilitados, conforme a necessidade da população e a disponibilidade orçamentária. O processo de credenciamento/habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade deve ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), que deve encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC), do Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) uma relação de documentos, previstos na portaria. O Ministério da Saúde é responsável pela avaliação dos documentos, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade pelo Ministério da Saúde.

No momento atual, as informações obtidas sobre as linhas de cuidado se referem aos documentos enviados ao Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que solicitaram credenciamento/habilitação no ano de 2014 e 2015. Dos 21 estados que possuem hospitais habilitados para o tratamento cirúrgico da obesidade, somente 11 (onze) estados encaminharam para avaliação do Ministério da Saúde a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade: Acre, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo. No estado de Goiás, até o momento, não há hospital habilitado para o tratamento cirúrgico da obesidade. A SES enviou a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade para avaliação, porém, não encaminhou a documentação do hospital para habilitação.

No âmbito do Ministério da Saúde, o processo de acompanhamento e avaliação das Linhas de Cuidado é realizado por meio da articulação e envolvimento das seguintes áreas técnicas: Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) e Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC), ambas do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Departamento de Atenção Básica.

Ao longo de 2015, foram realizadas reuniões técnicas, envolvendo representantes das três áreas técnicas, para discussão e acompanhamento da construção das linhas de cuidado pelos estados e municípios.

- Em abril, discutiu-se a importância de maior aproximação com o processo de organização das Linhas, planejando-se estratégias de apoio aos estados para organização e efetiva implantação da LC, através de ligações, videoconferências etc; ressaltou-se a dificuldade de publicação das linhas aprovadas em função do recurso financeiro; o levantamento de informações e a realização de diagnóstico mais preciso sobre estado da arte das LC; necessidade de uma nova reunião entre o grupo.
- Em maio, discutiu-se ações para mobilizar os estados e fortalecer o processo de implementação das LC; apresentou-se a matriz diagnóstica elaborada pela CGAN, a partir dos documentos disponibilizados pela CGMAC e CGAPDC; e definiu-se como prioridades: 1- Videoconferência com os estados que possuem pendências; 2- Visita in loco aos estados que não enviaram e possuem hospital habilitado; 3- Articulação com estados que não possuem hospital habilitado e apresentam alta prevalência de obesidade mórbida. Além disso, propôs-se a organização de um GT interno para avançar na elaboração de relatórios e dados, e ressaltou-se a necessidade de estruturar mecanismos de monitoramento e avaliação da implantação das LC.

- Em junho, discutiu-se proposta de monitoramento das LC; destacou-se a questão da regulação e a articulação com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC); e apresentou-se um panorama da situação das linhas.
- Em novembro, ressaltou-se que nenhuma LC foi publicada no Diário Oficial; discutiu-se a elaboração de um curso EAD sobre o processo de construção das LC para apoiar gestores e profissionais de saúde; informou-se que foi pactuado na CIT, de 26 novembro 2015, a Minuta de Portaria que altera o art. 1º da Portaria nº 670/GM/MS, de 3 de junho de 2015, que altera o § 2º do art. 5º da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – SAS/MS.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

Atualmente, há 19 linhas de cuidado da obesidade aprovadas (uma do Estado do Acre, onze de São Paulo, seis de Minas Gerais e uma do Maranhão). Outras linhas nos estados da Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Paraíba, Paraná e Rio Grande do Sul apresentaram questões pendentes em sua organização (falta de recursos materiais e humanos; a ausência de comunicação entre os programas; a dificuldade de estabelecimento de fluxos e contra fluxos entre os serviços dos diferentes pontos de atenção; a relação entre os diversos gestores, serviços de saúde e profissionais de saúde, entre outros), sendo enviados ofícios com a descrição das pendências para as devidas adequações.

Quadro 4 – Linha de cuidado sobrepeso e obesidade nos estados com habilitação para realização da cirurgia bariátrica

UF	Status
15	Não entregaram documentação (AL, AM, AP, DF, MS, MT, PA, PI, RN, RO, RR, RJ, SC, TO, SE)
12	Entregaram ao menos uma linha (AC, BA, CE, ES, GO*, MA, MG, PB, PE, SP, RS, PR) (* não possui hospital habilitado).
04	Quantidade de linha aprovadas (AC-1, MA-1, SP-12 e MG-7)

Fonte: CGMAC/DAET/SAS/MS.

A meta prevista de instituir as diretrizes para as linhas de cuidado da obesidade foi alcançada, com a publicação da Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013, que redefiniu as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

No PPA 2016-2019 essa agenda foi prevista como iniciativa: “Aprovar as Linhas de Cuidado de sobrepeso e obesidade, em pelo menos, 70% dos estados e Distrito Federal”.

• Principais investimentos

O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, no âmbito da Atenção Básica, é realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar

e Nutricional. Os recursos orçamentários, de que trata a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, correram por conta do orçamento da Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Dessa forma, não há orçamento específico para a implementação das linhas de cuidado e impacto orçamentário para a CGAN/DAB/SAS/MS.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Em relação às limitações na gestão das LC, cabe à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde CGSI/DRAC/SAS/MS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SGEP/MS, para o cumprimento do disposto na Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. As linhas aprovadas encontram-se no DRAC e aguardam publicação no Diário Oficial da União para autorização do pagamento, de acordo com os incrementos financeiros previstos nesta Portaria.

Quanto aos principais desafios e compromissos assumidos para o biênio 2015-2016, são eles:

- Ampliar a divulgação da Linha e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- Fomentar, junto aos gestores estaduais, municipais ou regionais de saúde, a organização das linhas de cuidado nos Estados que possuem serviços de alta complexidade para o cuidado ao indivíduo obeso.
- Aprovar as linhas de cuidado propostas e enviadas pelos Estados que aguardam publicação e pagamento do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- **Internos:** Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) e Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC), ambas do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Departamento de Atenção Básica.
- Estados e municípios

- **Perspectivas para 2016**

- Ampliar a divulgação das Linhas de Cuidado de sobrepeso e obesidade e fomentar/apoiar os gestores estaduais, municipais ou regionais na elaboração das linhas de cuidado para cobrir todo o território nacional, de forma a reorganizar os serviços na busca da qualificação do cuidado aos indivíduos e coletividades com sobrepeso ou obesidade;
- Fomentar a publicação das Linhas de Cuidado aprovadas, por parte do DRAC, e habilitação dos serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, resultando no pagamento - por parte da CGMAC - do incremento para realização dos procedimentos constantes na referida Portaria;
- Desenvolver as ações propostas na matriz diagnóstica elaborada pela (CGAN), em parceria com CGMAC e CGAPDC, descritas no **Quadro 5** abaixo.

Quadro 5 – Organização das ações de apoio às linhas de cuidado para o sobrepeso e obesidade

Organização das ações de apoio				
Estratégia	Objetivos a serem alcançados	Ações que serão realizadas para alcançar esses objetivos	Cronograma (a definir)	Responsáveis (a definir)
Para estados com linhas de cuidado aprovadas				
Criar espaço na “comunidade de práticas” sobre a organização do cuidado de pessoas com obesidade	Melhoria da organização do cuidado de pessoas com obesidade e envolvimento de profissionais dos pontos de atenção com linhas aprovadas (AC, MA, MG, SP)	Reunião com CGAT/DAB/SAS/MS Realizar contato por email/telefone com o grupo condutor das linhas aprovadas	1º semestre	CGAN
Realizar contato com profissionais e gestores envolvidos na construção e implementação das LC	Acompanhamento e fortalecimento do processo de implementação das LC	Realizar contato por email/telefone com os 2 ou 3 estados com LC aprovadas	1º semestre	CGAN CGMAC CGAPDC
Para estados com linhas de cuidado enviadas e com pendências				
Realizar videoconferências com as referências dos estados	Maior aproximação com o processo de organização das linhas e apoio aos estados para organização e efetiva implantação da LC	Identificar grupos condutores estabelecidos Realizar contato por email/telefone com referências de alimentação e nutrição Realizar contato por email/telefone com os grupos condutores	1º semestre	CGAN CGMAC CGAPDC
Para estados com hospitais habilitados e sem LC				
Realizar levantamento e diagnóstico da situação	Aproximação com estados e diagnóstico da situação em cada local	Identificar natureza jurídica dos hospitais habilitados Realizar contato por email/telefone com gestores das secretarias de saúde e dos hospitais	1º e 2º semestres	CGAN CGMAC CGAPDC
Realizar reuniões in loco com gestores envolvidos na organização das LC	Apoio à elaboração de linhas de cuidado	Realizar contato por email/telefone com gestores das secretarias de saúde e dos hospitais Planejar reuniões nos estados e regiões	2º semestre	CGAN CGMAC CGAPDC
Para estados que não possuem hospital habilitado e apresentam alta prevalência de obesidade mórbida				
Realizar levantamento e diagnóstico da situação	Aproximação com estados e diagnóstico da situação em cada local	Identificar natureza jurídica dos hospitais habilitados Realizar contato por email/telefone com gestores das secretarias de saúde e dos hospitais	1º e 2º semestres	CGAN CGMAC CGAPDC
Para todos				
Mobilizar telessaúdes do país para discussão sobre a organização das LC	Melhoria da organização do cuidado de pessoas com obesidade e envolvimento de profissionais dos pontos de atenção	Realizar contato com núcleos de telessaúde Planejar atividades de educação permanente	1º e 2º semestres	CGAN
Buscar evidências sobre manejo da obesidade – best practices	Disponibilização de evidências científicas relevantes para o cuidado em obesidade, incluindo a experiência de outros países.	Pesquisar no site saúde em evidências	2º semestre	CGAN CGMAC CGAPDC
Divulgar curso de educação à distância (ead), auto aprendizagem, na plataforma eco-redenutri sobre o conteúdo do guia alimentar	Apoio ao desenvolvimento de ações de educação em saúde e divulgação dos materiais nos estados e municípios	Divulgar curso na “comunidade de práticas” Enviar divulgação por email para referências de alimentação e nutrição e gestores das secretarias de saúde do estado	1º semestre	CGAN

Continua

Conclusão

Organização das ações de apoio				
Divulgar o guia alimentar para a população brasileira e o caderno de atenção básica nº 38 - estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica obesidade	Apoio ao desenvolvimento de ações de educação em saúde e divulgação dos materiais nos estados e municípios	Realizar contato por email/telefone conselho federal de nutrição e sociedade brasileira de medicina da família	1º semestre	CGAN

Fonte: CGMAC; CGAPDC/DAET; CGAN/DAB/MS.

4.7 Protocolos da Atenção Básica (PAB) do Sistema Único de Saúde (SUS)

O projeto de construção dos Protocolos da Atenção Básica (PAB) do Sistema Único de Saúde (SUS) visa a produção de documentos que apoiem e fortaleçam a produção do cuidado em saúde a partir dos processos de trabalho desenvolvidos na Atenção Básica (AB). O objetivo deste projeto consiste na elaboração de um conjunto de protocolos assistenciais voltados para a AB e promoção da resolutividade do cuidado em saúde, além da consequente proposição de iniciativas educacionais aos profissionais das equipes de Atenção Básica (eAB), com vistas a aprimorar e desenvolver habilidades para o embasamento de tomadas de decisão baseada em evidências clínicas e científicas, em prol do fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas para este nível de complexidade.

A elaboração dos Protocolos da AB é coordenada pela Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica (CGAT/DAB/MS), em parceria com o Sírio Libanês, por meio do projeto do PROADI. O objetivo é a construção do Protocolo da AB sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em conjunto com um grupo técnico, que irá se reunir mensalmente. O grupo será responsável pela revisão do material, sendo a autoria de responsabilidade do Sírio Libanês.

Espera-se que seja usado no dia a dia dos profissionais e possa ser adaptado às realidades de cada um. O conteúdo será elaborado a partir da metodologia e do Modelo de Registro Clínico Baseado em Problemas (RCOP), pelo Sírio Libanês. Estão previstos três produtos: um aplicativo de celular, um curso para disseminação de conhecimentos para os profissionais (400) e o protocolo de AB. Serão elaborados 3 protocolos: Saúde da Criança, DCNT e um a definir.

A estrutura do PAB é constituída por: introdução e capítulos (quadro-síntese, fluxogramas e saiba mais). Se um item do quadro-síntese necessita de mais detalhamento, cria-se um fluxograma. O material será elaborado pelo Sírio Libanês, que se reunirá uma vez por mês com a equipe da CGAT. Após as reuniões com o Sírio, o material será compartilhado com o grupo de revisores para leitura e sugestões, que terão um prazo de 7 a 10 dias e, posteriormente, será realizada uma reunião com todo o grupo para discussão do material. A produção tem previsão de oito meses.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**
 - Participação em reunião com áreas técnicas do MS, estratégicas para o acompanhamento da produção do PAB de Saúde das Crianças e Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a partir da composição de grupos de trabalho permanentes. A reunião teve como objetivo compartilhar a experiência de produção dos PAB; compartilhar a metodologia de produção dos protocolos MS/IEP-HSL; compartilhar as políticas vigentes nos temas em questão; elencar pautas essenciais que devem estar contidas no escopo de conteúdo dos PAB; instituir os grupos de trabalho e pactuar plano de atuação.

- A CGAN aguarda o início do processo de elaboração do material e nova orientação da equipe da CGAT, responsável por conduzir o processo. Portanto, não há resultados a serem relatados.
- **Principais investimentos**

Não há orçamento específico para esta ação
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - **Internas:**
 - » Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
 - » Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – CGAPDC/ Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET/MS
 - » Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS
 - » Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica (CGAT/ DAB/MS)
- **Perspectivas para 2016**
 - Acompanhar processo de elaboração dos Protocolos da AB;
 - Divulgar material, após a finalização, para parceiros da CGAN.

4.8 Manual de Planejamento Dietético

Como desdobramento da Consulta Pública do Guia Alimentar para a População Brasileira, em 2014, e visando contribuir para a organização da atenção nutricional, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) iniciou o processo de elaboração do “Manual de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde”, destinado aos nutricionistas que atuam em diferentes serviços das Redes de Atenção à Saúde (Hospitais Gerais e Especializados, Policlínicas, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Residências terapêuticas, Unidades de Urgência e Emergência, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Domiciliar, entre outros).

O material servirá de apoio para a orientação e prescrição nutricional a partir das recomendações do Guia Alimentar, levando em consideração não apenas o aspecto nutricional, mas também alimentar (escolhas, atitudes, comportamentos, ambientes, entre outros).

Para promover a construção coletiva e proporcionar a ampla participação e discussão do conteúdo do documento, a CGAN organizou diferentes etapas que têm contribuído para a construção do material: organização de um grupo de trabalho, chamada de materiais existentes para apoiar a elaboração do material, realização de oficina de escuta e discussão, disponibilização de um formulário para coleta de informações e opiniões de nutricionistas.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Algumas ações iniciadas no ano de 2014 repercutem no processo de desenvolvimento do material durante o ano de 2015 e, por isso, estão aqui referenciadas.

- **Grupo de trabalho:** em agosto de 2014, a CGAN organizou um Grupo de Trabalho (GT), composto por nutricionistas da CGAN, para planejar, organizar e elaborar o Manual de Planejamento. O GT atuou nessa atividade entre setembro e novembro de 2014. Além do conteúdo técnico preliminar que comporia o manual, o GT planejou e organizou a Oficina de Escuta; elaborou formulário disponibilizado na plataforma FormSUS e conheceu e avaliou os materiais enviados por profissionais de saúde em resposta à Chamada de Materiais do Manual de Planejamento.
- **Chamada pública sobre materiais de apoio ao Manual de Planejamento Dietético:** atividade ocorreu entre agosto e setembro de 2014, com o objetivo de realizar um levantamento de materiais de planejamento dietético, medidas caseiras e porções de alimentos e que têm sido utilizados na prática por pesquisadores e profissionais de saúde. A chamada foi divulgada na RedeNutri, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Federal de Nutricionistas e Conselhos Estaduais de Nutricionistas, lista de coordenações de curso de nutrição e outros meios de comunicação. Os materiais recebidos estão sendo avaliados pelo GT do Manual de Planejamento.
- **Oficina de Escuta de profissionais:** realizada em outubro de 2014 em Brasília/DF, contando com a participação de nutricionistas de diferentes setores (atenção básica, ambulatorial, hospitalar, Conselho Federal de Nutricionistas, Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, Organização Pan-Americana de Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição) e regiões do país. Além da apresentação do “Guia Alimentar para a População Brasileira” e dos objetivos da elaboração e a proposta preliminar do “Manual de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde” o evento teve dinâmicas de grupo para conhecer a prática da atenção nutricional e dos instrumentos e referências adotados pelos profissionais, em relação à avaliação, às recomendações nutricionais, ao diagnóstico, à orientação e ao acompanhamento dos pacientes. Os resultados desta oficina estão orientando a elaboração do “Manual de Planejamento Dietético no Sistema Único de Saúde”.
- **Elaboração de um formulário, no FORMSUS,** com o objetivo de coletar informações e conhecer a prática de nutricionistas que atuam nos diferentes serviços das Redes de Atenção à Saúde, complementando e ampliando as informações obtidas na Oficina de Escuta. O formulário foi disponibilizado na plataforma no dia 01 de dezembro de 2014 e a 09 de janeiro de 2015. As respostas - em processo de compilação e análise - serão avaliadas pelo GT e irão auxiliar na elaboração do **Manual de Planejamento Dietético**.
- **Reuniões** com consultores da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para discussão da proposta de manual

O **Manual de Planejamento Dietético** encontra-se em fase de elaboração e revisão para aperfeiçoamento do conteúdo, formato, desenvolvimento de instrumentos para a prática profissional e síntese de ideias. Não há resultados a serem relatados

- **Principais investimentos**

Não há orçamento específico para esta ação, mas a realização da Oficina de escuta foi financiada pela CGAN, com emissão passagens e diárias para os participantes.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Um grande desafio refere-se à construção compartilhada do material – de cunho eminentemente prático - de maneira que atendam às demandas dos nutricionistas em diversos níveis de atenção à saúde.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Nutricionistas atuando em diferentes níveis de atenção à saúde e com diferentes práticas profissionais.

- **Perspectivas para 2016**

- Reuniões periódicas do GT;
- Realizar uma Oficina de Avaliação de uma versão preliminar do Manual de Planejamento;
- Realizar Consulta Pública do material;
- Desenvolver estratégias de comunicação para divulgar o conteúdo do documento, incluindo a elaboração de outros materiais como folhetos, cartilhas;
- Fazer chegar aos profissionais do SUS (nutricionistas) o **Manual de Planejamento Dietético** convertendo-o em material orientador da atenção nutricional por eles prestadas aos usuários do SUS

4.9 **Parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) – Material Técnico HCor**

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) vem contribuindo para o SUS por meio do desenvolvimento, incorporação e transferência de novas tecnologias e experiências em gestão, gerando novos conhecimentos e práticas, a partir de parceria entre as entidades de saúde de reconhecida excelência e os gestores do SUS. A parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades de saúde portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE) e de Reconhecida Excelência é regulamentada pela Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

O Hospital do Coração – HCor, de São Paulo, é referência nacional e internacional em cardiologia e em outras especialidades e, por isso, é reconhecido pelo Ministério da Saúde como um dos seis hospitais de excelência do Brasil que compõem o convênio com o PROADI, o que possibilita o compartilhamento de sua qualificação técnica, capacidade de gerar conhecimento e seu modelo de gestão com o sistema público de saúde, estendendo para toda a sociedade os benefícios gerados por uma instituição reconhecida como referência médica e hospitalar.

Em abril de 2015, a CGAN reuniu-se com o HCor, em São Paulo, para discutir o desenvolvimento de uma parceria, a partir do Projeto DICA Br, iniciado em 2011. Trata-se de um ensaio clínico randomizado multicêntrico nacional, que tem o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Alimentar Brasileiro Cardioprotetor na prevenção secundária de doenças cardiovasculares. É o primeiro ensaio clínico randomizado em nutrição na prevenção secundária para doença cardiovascular no Brasil. Desde 2012, sua eficácia está sendo avaliada em mais de 35 centros colaboradores distribuídos nas diferentes regiões brasileiras, com aproximadamente 2500 participantes. O MS mostrou interesse em dar continuidade ao estudo que terminaria em dezembro de 2014, aumentando o seguimento por mais três anos (2015 a 2018).

O Programa Alimentar Brasileiro Cardioprotetor foi elaborado para prevenção secundária e é baseado em três conceitos:

- a. prescrição dietética guiada pelas recomendações nutricionais das diretrizes nacionais para o tratamento de doenças cardiovasculares;
- b. programa de educação alimentar e nutricional baseado em estratégias lúdicas e com orientação de alimentos regionais brasileiros acessíveis; e,

- c. acompanhamento nutricional sistemático por meio de sessões individuais, em grupos e por telefone.

Considerando que as doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de mortes no Brasil e no mundo, e estão entre os principais desafios problemas do Sistema Único de Saúde (SUS), investir na promoção de saúde e na prevenção de doenças é uma estratégia importante para a diminuição da incidência de eventos cardiovasculares, especialmente quando se trata da Atenção Básica.

A parceria da CGAN com o HCor possibilitaria a elaboração de um material técnico para o manejo dietético das DCV e seus fatores de risco cardiovasculares e de um curso de aprendizagem para profissionais de saúde, com o intuito de apoiar e fortalecer a produção do cuidado em saúde a partir dos processos de trabalho desenvolvidos na Atenção Básica, com vistas a aprimorar e desenvolver habilidades para o embasamento de orientações baseada em evidências clínicas e científicas.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Em 2015, iniciou-se um processo de discussão com o HCor para o desenvolvimento de um material que abordasse o manejo dietético das doenças cardiovasculares para os profissionais de saúde da Atenção Básica, a partir da Dieta Cardioprotetora Brasileira (Dica Br).

O projeto foi apresentado – e aprovado -na 3ª Reunião do Comitê de Avaliação do PROADI-SUS, com a recomendação de unificar as duas propostas então apresentadas pela CGAN: “Capacitação de profissionais da Atenção Básica para manejo dietético dos fatores de risco cardiovasculares” e “Manual de orientação nutricional no manejo dietético de doenças cardiovasculares”.

O projeto foi revisado e detalhado, atendendo às solicitações do Comitê, e encaminhado para avaliação/aprovação daquele Comitê.

- **Principais investimentos**

O projeto apresentado foi orçado em R\$1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais); a CGAN será responsável pelo monitoramento e avaliação das atividades.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Adaptar o Programa Dica Br para a promoção à saúde na Atenção Básica à Saúde, considerando que originalmente foi concebido para o nível de prevenção secundária.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Hospital do Coração – HCor(São Paulo)

- **Perspectivas para 2016**

- Cumprir as etapas previstas no escopo do projeto em parceria com o HCor, por meio do PROADI;
- Acompanhar os resultados semestrais e anuais esperados, decorrentes da execução do projeto, seus indicadores e respectivas metas a serem atingidas;
- Realizar reuniões de avaliação financeira e monitoramento dos dados do estudo de exequibilidade.

4.10 Atenção às Pessoas com Necessidades Alimentares Especiais

De acordo com a PNAN, as necessidades alimentares especiais referem-se às necessidades alimentares, restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causam mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).

Diante da crescente demanda judicial para custeio de fórmulas alimentares especiais pelo SUS, em 2014 foi definida como prioridade a elaboração do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV)**, agravo presente na maioria dos processos judiciais recebidos e analisados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

- Em reunião conjunta dos GTs de Atenção e de Assistência Farmacêutica da CIT, com participação de representantes do CONASS, CONASEMS, CGAN/DAB/SAS e DAF/SCTIE, foi definida uma proposta de organização da linha de cuidado para crianças menores de dois anos com Alergia à Proteína do leite de Vaca (APLV) e incorporação das fórmulas especializadas para APLV no SUS. A CGAN foi definida como ‘lôcus institucional’ mais adequado para gestão e acompanhamento dessas demandas por fórmulas nutricionais, considerando que o CONASS, o CONASEMS e DAF/SCTIE entenderam que, por não se tratar de medicamento, não seria da competência institucional da Assistência Farmacêutica essa incumbência gerencial. O GT recomendou que fosse definido um modelo único para gestão desse tipo de insumo e não só para fórmulas para APLV, devido a publicação do PCDT para as doenças raras priorizadas e que estas também demandam o acesso a esse tipo de insumo. Em conversa com o DAF, definiu-se a possibilidade de incluir as fórmulas especializadas no CEAF. Observa-se a necessidade de discutir com a CGMAC uma proposta que contemple as fórmulas para erros inatos do metabolismo e levar a proposta para à secretaria da SAS para pactuação com CONASS e CONASEMS. Contudo, tendo em vista a determinação do contingenciamento na ação orçamentária de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde, fez-se necessário adiar as discussões e articulações para encaminhamento e do referido protocolo. Dessa forma, em setembro de 2015, foi solicitado o encerramento da proposta de incorporação das fórmulas nutricionais para APLV. Os encaminhamentos internos irão prosseguir junto à SAS e CIT, com finalidade de não extrapolar os prazos estabelecidos em portaria.
 - » Divulgação do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 3 sobre Cuidados em Terapia Nutricional, disponível para download na biblioteca do Portal do Departamento de Atenção Básica. Exemplares foram enviados para todas as equipes de Atenção Domiciliar e equipes da Estratégia Saúde da Família que continham NASFs, objetivando apoiá-las, bem como os gestores do SUS, para a organização da oferta dos cuidados em Terapia Nutricional no âmbito domiciliar;
 - » Finalização da pesquisa em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais sobre análise bromatológica de dietas enterais a base de alimentos para uso em terapia nutricional no SUS. Os pesquisadores elaboraram informativo técnico com os principais resultados que serão utilizados na produção de um folheto que será distribuído as equipes da Estratégia Saúde da Família, como parte integrante da Revista Brasileira de Saúde da Família. No aguardo da publicação da pesquisa na íntegra;
 - » Disponibilização de vídeo-aulas sobre Terapia Nutricional por meio do Telessaúde - UFMG.

- **Principais investimentos**

Não há orçamento específico para esta ação

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

O principal desafio a ser destacado diz respeito ao contínuo aumento do número de processos judiciais para acesso a fórmulas nutricionais que requerem análise da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, requerendo agilidade nos processos. Nesse sentido, torna-se iminente a necessidade de retomar as discussões em 2016 para o desenvolvimento do PCDT para APLV, tendo em vista que este agravo está presente na maioria dos processos judiciais.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Para que se avance nas discussões para a implementação do PCDT para APLV, faz-se necessário o fortalecimento do diálogo junto a outras áreas do Ministério, como a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS), o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCITIE) para definição do locus de financiamento para dispensação dos insumos, e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC). Destaca-se a necessidade de alinhamento prévio com os Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com vistas a pactuação e aprovação do protocolo na Comissão Intergestores Tripartite.

- **Perspectivas para 2016**

- Rediscutir a proposta da Portaria que estabelece diretrizes para organização da Terapia Nutricional na RAS diante das contribuições e questionamentos advindos da consulta pública e dos aspectos levantados no GT conjunto da CIT.
- Retomar as discussões junto à CIT sobre a forma de financiamento dessas fórmulas, e posteriormente a pactuação retomar a solicitação de reabertura ou nova abertura da proposta junto à CONITEC;
- Articular diferentes áreas da SAS e SCTIE para discutir a questão da incorporação das fórmulas nutricionais no SUS e construir uma proposta para debate junto ao CONASS e ao CONASEMS;
- Promover debate com gestores do SUS, do SUAS e Poder Judiciário sobre a judicialização para acesso a fórmulas nutricionais.

5

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

5.1 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pela Portaria nº 1.920 de 5 de setembro de 2013, é uma ação que visa ao fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, aprimorando as competências e habilidades dos profissionais de saúde da atenção básica.

A Estratégia tem como objetivos:

- Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade; e,
- Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde.

As práticas alimentares de crianças pequenas, segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, revelam que o Brasil ainda está muito aquém das recomendações da OMS. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a da amamentação foi de 341,6 dias (11,2 meses). Essa mesma pesquisa mostrou que 41% das crianças menores de seis meses estavam em AME, quando o desejado, segundo a OMS, é que 90 a 100% dessas crianças sejam alimentadas dessa forma (BRASIL, 2009).

A prevalência do uso de mamadeira foi 58,4%, e de chupeta 42,6% no primeiro mês de vida; as prevalências do uso de água, chás e outros leites foram, respectivamente, 13,8%, 15,3% e 17,8%. Entre 3 e 6 meses de vida, observou-se consumo de comida salgada em 20,7% das crianças e de frutas, em 24,4%; as prevalências do consumo de bolachas/salgadinhos, refrigerantes e café entre crianças de 9 a 12 meses de vida foram, respectivamente, 71,7%, 11,6% e 8,7% (BRASIL, 2009).

Esses dados demonstram que, além da introdução precoce de alimentos, o consumo de alimentos por crianças menores de dois anos está inadequado para as recomendações, requerendo fortalecimento de ações que promovam a alimentação saudável nesse grupo etário.

A implementação da Estratégia é realizada por meio de ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da proposta, que são:

- Formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores;
- Formação de tutores da Estratégia;
- Realização de oficinas de trabalho nas UBS;
- Acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS;
- Monitoramento do processo de implementação da Estratégia; e,
- Certificação das UBS que aderirem à Estratégia e cumprirem os critérios.

Os tutores são os pilares da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e devem apoiar o planejamento e o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS. Cada tutor deverá ser apoiador de pelo menos uma UBS, de acordo com sua carga horária de trabalho e os acordos estabelecidos com o gestor local.

Atividades desenvolvidas e Resultados alcançados

- **Videoconferências**
A CGSCAM e a CGAN promoveram a realização de videoconferências (n = 10) para debater assuntos relacionados a implantação da EAAB com coordenações estaduais de saúde da criança e de nutrição.
As principais dificuldades relatadas pelos estados em relação à EAAB foram: limitação orçamentária para executar as ações no ano de 2015; problemas de utilização do Sistema do Gerenciamento, dificuldades na emissão de relatórios e no acompanhamento dos tutores já formados foram os principais relatos dos estados. Como resposta a esses problemas e dificuldades, foram tomadas algumas providências para apoiar os estados na resolução dessas dificuldades, principalmente no que diz respeito à melhoria do acompanhamento dos tutores já formados com o intuito de qualificar a EAAB.
- **Reunião de planejamento** com a participação dos técnicos da CGAN e CGSCAM e do Núcleo Operacional. A reunião foi conduzida com base em três perguntas norteadoras para identificar as fragilidades da Estratégia em relação aos aspectos: Implementação, Formação de tutores, Acompanhamento e Certificação. Diante das principais fragilidades identificadas, recomendações foram sugeridas e compuseram o **Plano de Implementação da EAAB**, material instrutivo, para apoiar e induzir o planejamento local nos estados e municípios. Esse Plano de Implementação deve preceder a oficina de formação de tutores e deve ser elaborado a partir de um planejamento voltado à realidade local e com a ciência do gestor.
- **Encontro nacional de facilitadores nacionais da EAAB**, realizado em Brasília, no dia 18 de novembro de 2015, que teve como objetivos: apresentar algumas mudanças no modelo de implementação da EAAB; discutir e alinhar alguns pontos frágeis na implementação da EAAB; e realizar auto avaliação por parte dos facilitadores nacionais na condução das oficinas de formação dos tutores. Participaram 20 facilitadores nacionais e técnicos da CGAN. Foi apresentado o cenário (quantitativo) da implementação da EAAB, e um detalhamento das diversas frentes de trabalho que compõe a Estratégia (publicações, o EAD, o site, as oficinas, o boletim informativo e a certificação). Também foram discutidos os pontos mais frágeis da EAAB: envolvimento e apoio da gestão local; articulação local entre as áreas envolvidas; critério de seleção dos tutores; atuação dos tutores nas UBS; monitoramento da atuação dos tutores. Em resposta, os facilitadores sugeriram que é preciso realizar mais oficinas e formar novos tutores e reforçar o apoio direto aos gestores, por meio de visitas técnicas que poderiam envolver o Ministério e os facilitadores nacionais.
- **Visitas técnicas a estados** de São Paulo, Pará, Pernambuco e Tocantins. Em todas as visitas procurou-se oportunizar agendas para discutir as questões da EAAB, no que se refere

aos desafios e perspectivas de sua implantação no nível local e sugestões para melhoria da gestão da estratégia.

Entre os **resultados alcançados**, destacam-se:

- Elaboração e finalização do Manual de Implementação– material estratégico para uso nas Oficinas e Formação de Tutores: em fase de impressão para encaminhamento aos estados para as oficinas que forem realizadas em 2016.
- Elaboração do Manual do Tutor cujo objetivo é fornecer subsídios para a atuação dos tutores junto às equipes de atenção básica e junto à comunidade. Visa reduzir a lacuna que existe atualmente entre número de tutores formados e número de UBS apoiadas por estes profissionais (material em fase de teste)
- Finalização do Curso de Ensino à Distância da EAAB, destinado à atualização dos tutores da ENPACS e Rede Amamenta Brasil. Os resultados em 2015 são mostrados na Tabela 11:

Tabela 11 – Número de inscritos e concluintes do curso de ensino à distância da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

EAD Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - Balanço das Turmas			
	Total de inscritos	Concluintes	% de concluintes
Piloto Módulo I (realizado em 2014)	57	18	31,57%
Turma regular 1 Módulo I (concluída em janeiro de 2015)	149	65	43,62%
Turma regular 2 Módulo I (concluída em julho de 2015)	154	115	74,67%
Turma regular 1 Módulo II (concluída em dezembro de 2015)	60	29	48,33%

Fonte: Universus.

- **Certificação:** foram cadastradas 119 solicitações no FORMSUS entre 2014 e 2015; 14 delas foram atendidas: quatro equipes são de Samambaia/DF, cinco são do município de Castanhal/PA, uma UBS de Bento Gonçalves/RS, uma do município de Porto Alegre-RS, uma UBS de Mucambo/CE, uma UBS de Maurilândia/TO e uma UBS do município de Presidente Kenedy/TO.
- **Oficinas de Formação de Tutores:** em 2015, foram realizadas mais 50 oficinas de formação de tutores da EAAB, com a formação de 1006 tutores, 422 oficinas de trabalho e 6031 profissionais da atenção básica capacitados. O Ministério da Saúde apoia a realização dessas oficinas de formação de tutores, custeando a ida de facilitadores nacionais e enviando materiais didáticos para uso e distribuição aos profissionais que participam das oficinas.
- **Elaboração do Plano de Implementação da EAAB:** o documento propõe um planejamento de implementação em etapas, considerando as fragilidades identificadas no decorrer do processo da concretização da EAAB. São elas: definição do coordenador da EAAB; diagnóstico da situação; definição das UBS prioritárias; definição de profissionais da atenção básica; planejamento da oficina de formação de tutores; acompanhamento da atuação dos tutores; organização do processo de certificação; apresentação do plano para o gestor municipal.

Segundo informações do sistema de gerenciamento da Estratégia, desde o lançamento da EAAB até o final de 2015 obteve-se os seguintes resultados.

- 3.681 tutores foram formados;
- 212 oficinas de formação de tutores foram realizadas;
- 1.530 oficinas de trabalho foram desenvolvidas nas UBS;

- 20.843 profissionais da AB foram qualificados na temática; e;
- 22 UBS/Equipes de Saúde certificadas.

Considerando o número de UBS existentes e número de tutores formados, a cobertura atual da Estratégia no país é de 8,22%. Vale ressaltar no entanto que a meta estabelecida do Planejamento Estratégico do MS – que previu 800 tutores formados no quadriênio 2012-2015 – foi alcançada.

No Quadro 6 são apresentadas as informações por estado, segundo o sistema de gerenciamento da EAAB:

Quadro 6 – Balanço da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nos estados brasileiros de 2013 até dezembro de 2015

UF	Nº OFICINAS DE FORMAÇÃO	Nº TUTORES FORMADOS	Nº OFICINAS DE TRABALHO	Nº PROFISSIONAIS AB
AC	1	20	6	63
AL	8	131	96	1193
AM	4	48	14	278
BA	6	89	31	444
CE	6	97	10	195
DF	12	171	32	354
ES	5	122	80	1311
GO	11	210	83	762
MA	8	140	66	942
MG	51	680	380	4085
MS	6	126	61	1109
MT	3	67	35	398
PA	21	346	125	1807
PB	3	46	11	1087
PE	6	151	14	207
PI	5	69	25	552
PR	9	262	42	668
RJ	4	83	15	119
RN	2	34	29	450
RO	5	26	2	23
RR	1	20	22	313
RS	10	205	96	1264
SC	8	168	47	561
SP	11	258	176	2059
TO	6	112	32	599
Total:	212	3.681	1.530	20.843

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil/SAS/MS, 2015.

- **Principais investimentos**

Carta Acordo (vigente) com IBFAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar) em parceria com os Estados. R\$ 283.430,00, via TC 49 da OPAS.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

- Dentre os principais problemas/limitações na gestão/execução destacam-se:
- Identificação do tutor com perfil adequado e formar tutores com perfil adequado para apoiar uma UBS;
- Acompanhamento e fortalecimento da atuação dos tutores nas UBS;
- Diminuição dos custos das oficinas e fomento para que os estados organizem suas próprias oficinas;
- Ampliação do número de UBS apoiadas pelos tutores;
- Monitoramento das ações realizadas nas UBS e de seus resultados.

Embora tenha havido uma multiplicação no número de oficinas de formação de tutores nos estados e municípios, o número de UBS capacitadas - se comparadas aos números de tutores - ainda é muito baixo. Pretende-se a adoção das seguintes estratégias:

- Aumentar o número de UBS na implementação da EAAB;
- Aumentar o número de UBS/equipes certificadas na EAAB;
- Garantir que cada tutor formado apoie no mínimo uma UBS, para inversão da situação
- Apoiar o ENAM.

O maior desafio imposto á EAAB é o atingimento da meta prevista no PPA 2016-2018: implantação da EAAB em mais 2.000 UBS. Pra tanto requer-se o realinhamento da Estratégia, e seu fortalecimento junto a estados e municípios

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- CGSCAM e IBFAN Brasil
- Estados e municípios

- **Perspectivas para 2016**

A partir de 2016 será obrigatório para todos os estados/municípios que pretendem realizar oficinas de formação de tutores que apresentem previamente o **Plano de Implementação da EAAB**. Sem a apresentação desse Plano pelos estados e DF, o Ministério da Saúde não apoiará os locais com o custeio da ida de dois facilitadores para apoiar a condução das oficinas de formação de tutores. Espera-se que, com a implementação do planejamento em etapas, possa-se fortalecer e potencializar a atuação dos tutores formados e, conseqüentemente, produzir mudanças positivas nos indicadores de aleitamento materno e alimentação complementar. Dentre as atividades estratégicas previstas, prevê-se:

- Apoiar estados e municípios na implantação e implementação da EAAB com a realização de visitas técnicas e com o intuito de apoiar na elaboração de Planos de Implementação;
- Apoiar os estados com Planos de Implementação elaborados na realização das oficinas de formação de tutores previstas para 2016;
- Disponibilizar para revisão/consulta técnica a versão preliminar do Caderno do Tutor;
- Realizar pesquisa de busca de tutores já formados na EAAB e sua atuação;
- Incentivar estados e municípios a fazer a busca ativa de tutores formados e não atuantes;
- Certificar novas UBS e equipes de saúde e incentivar estado e municípios que apoiem suas equipes e unidades para a certificação;

- Estimular o uso do sistema de gerenciamento da EAAB pelos tutores e coordenadores locais e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente (informações sobre as práticas alimentares das crianças menores de dois anos);
- Construir novas propostas de expansão da EAAB para esferas intersetoriais como a Educação – plano de criação de uma versão da EAAB para profissionais de creches e pré-escolas.

5.2 Guia Alimentar para a População Brasileira

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, indicam que mais da metade da população adulta apresenta excesso de peso (56,9 %) e 16,8% dos homens e **24,4%** das mulheres apresentam obesidade. A obesidade é um dos principais fatores de risco para outros problemas de saúde, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008/2009 mostram uma relação entre as prevalências de excesso de peso e o consumo dos alimentos chamados ultraprocessados, que são produtos industrializados que apresentam, em sua maioria, quantidades abusivas de gordura, açúcar e sódio.

Frente a esse cenário, ações de proteção à saúde são exigidas do Ministério da Saúde de forma a atuar mais incisivamente na reversão desse quadro epidemiológico. A revisão do Guia Alimentar, e seu recente lançamento, são iniciativas que visam apoiar as intervenções efetivas nesse sentido.

O Guia Alimentar para a População Brasileira é um instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis, no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. O Guia Alimentar foi lançado em novembro de 2014 e destina-se a toda a população, estando disponibilizado na íntegra no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**
 - **Impressão e distribuição do Guia Alimentar:** A 1ª tiragem impressa contemplou 60 mil unidades que foram distribuídas para todas as Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família do país, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Secretarias Estaduais de Saúde, Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI), entre outros parceiros de governo, e para todos os cursos de nutrição das universidades públicas e privadas do Brasil. Na 2ª tiragem, foram impressas 50 mil unidades, distribuídas para as escolas que participam do Programa Saúde na Escola -PSE e também para todas as nutricionistas que atuam no Programa Nacional de Alimentação Escolar-PNAE, e para todas as secretarias municipais de saúde.
 - **Diagramação e disponibilização online do Guia** em inglês e espanhol do Guia
 - **Elaboração e diagramação do folder com os 10 passos para alimentação saudável**, disponibilizado no site do DAB e distribuído em alguns eventos estratégicos, como o Congresso do CONASEMS e Conferência Nacional de Saúde.
 - **Elaboração do Plano de Ação e Implementação do Guia Alimentar** no primeiro semestre de 2015, foi elaborado o com objetivo de estimular, apoiar e fortalecer o desenvolvimento de estratégias de disseminação do conteúdo do Guia e incentivar a implementação das recomendações pelos diversos setores da sociedade.
 - **Realização de quatro oficinas** com objetivo de discutir sobre as estratégias desenvolvidas com diferentes atores para divulgação e implementação do Guia Alimentar e construir coletivamente um plano de ação para o futuro, fortalecendo o diálogo e articulação entre

os diversos atores participantes. a) oficina com áreas internas do MS; b) com parceiros externos de governo e outros setores; c) oficina com universidades, profissionais de saúde (gestores) e CFN; d) oficina com movimentos sociais e sociedade civil organizada.

- **Elaboração e lançamento do curso de Educação à Distância do Guia Alimentar para a População Brasileira, modalidade EAD**, em parceria com a Redenutri, com objetivo de contribuir para a divulgação do conteúdo do Guia Alimentar por meio de ferramentas de educação permanente e apoiar e estimular o uso do Guia como um instrumento de Educação Alimentar e Nutricional pelos profissionais. O curso é composto por 4 módulos: “Introdução e Princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira”, “Classificação dos alimentos - Como realizar a escolha dos alimentos”; “O ato de comer e comensalidade”; “A estruturação dos processos para a Vigilância Alimentar e Nutricional”.
- **Elaboração de materiais, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Brasil)**, para apoiar ações coletivas para promoção da alimentação adequada e saudável. Os materiais estão em fase de normalização na editora do Ministério da Saúde.
- **Formalização de convênio com a Universidade de São Paulo (USP)** para elaboração de metodologia de capacitação de profissionais sobre o conteúdo do Guia e elaboração de novos materiais (previsão para 2016).
- **Apresentação do Guia na XIX Plenária do CONSEA**, em maio de 2015, baseado no documento construído no âmbito da CAISAN: “Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável: O Guia Alimentar para a População Brasileira em Perspectiva Intersetorial”. A Plenária contou com a participação do Ministro da Saúde, Arthur Chioro, que apresentou as ações do setor saúde para promoção da alimentação adequada e saudável da população e ratificou o compromisso da saúde na agenda de Segurança Alimentar e Nutricional.
- **Ações divulgação e comunicação do conteúdo do Guia**
 - » Divulgação do Guia e de matérias relacionadas na RedeNutri, Comunidade de Práticas e Blog da Saúde;
 - » Elaboração e publicação de posts no Facebook sobre conteúdo do Guia sendo: 42 posts sobre o conteúdo do Guia Alimentar; 09 posts com Dicas sobre alimentação; Série Quiz: Qual a opção mais saudável? ; Série Lancheira Saudável; Post Lancheira Nota 10 e Post Comida de verdade pesa menos no orçamento – em parceria com o CONSEA;
 - » Elaboração de textos e peças publicitárias para a Campanha de Promoção da Saúde “Da saúde se cuida todos os dias” na qual um dos eixos é a alimentação saudável;
 - » Apresentação do Guia em eventos e Congressos, dentre eles o XX Congresso Brasileiro de Diabetes; 14ª Reunião do Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde; Encontro das Câmaras Interministeriais de Segurança Alimentar e Nutricional Estaduais (CAISANs) e em diversos estados e municípios do país;
 - » Entrevistas e matérias em mídias diversas;
 - » Divulgação de Kit de materiais para referências estaduais de alimentação e nutrição e fomento ao uso do FAN para reprodução do Guia em nível local
 - » Inserção do conteúdo do Guia nas atividades propostas na Semana de Saúde na Escola.
- **Agendas de atividades intersetoriais em relação ao Guia Alimentar**
 - » Parceria firmada com o MDS para divulgação do Guia no Circuito Carioca de Feiras Orgânica, praças e outros espaços de inserção da Campanha Brasil Saudável e Sustentável (BRASS), durante as olimpíadas.
 - » Proposta de alteração da regulamentação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) tendo O Guia Alimentar como norteador dos novos parâmetros nutricionais.

- » Inserção de conteúdo sobre alimentação saudável na contracapa dos livros didáticos do ensino fundamental (1.º ao 5.º ano), em parceria com o FNDE. A previsão é que em 2016, sejam distribuídos 9,3 milhões de livros pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNDL).
- » Apresentação do Guia Alimentar em oito Conferências Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional, tendo sido citado na Carta Política e no Manifesto à Sociedade, documentos elaborados como produtos finais V Conferência Nacional de SAN, ressaltando “a necessidade de expandir e qualificar as ações de promoção da alimentação saudável e prevenção e controle das doenças associadas à má- alimentação realizadas pelo setor saúde, incluindo como uma das ações estratégias de divulgação do conteúdo do Guia Alimentar”.
- **Agenda internacional:** o Guia Alimentar brasileiro foi inserido na plataforma Dietary Guidelines da FAO que possui uma coleção de diretrizes de mais de 67 países sobre formulação de guias alimentares e contribui para o intercâmbio de informações sobre orientações dietéticas de todo o mundo.

Quanto aos resultados esperados, estes se reverterão nos índices epidemiológicos e em mudanças no padrão alimentar. Conforme metas estabelecidas no PPA 2016-2019, com a **implementação das recomendações do Guia Alimentar** pretende-se que essa ação contribua para:

- Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da CAISAN
- Atingir o percentual de 43% de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da CAISAN
- Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da CAISAN

Contudo, esses resultados somente serão mensuráveis em médio e longo prazo, não havendo, ainda resultados a serem relatados.

• Principais investimentos

- Parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) para a elaboração de materiais educativos para escolas, com base nas novas recomendações do Guia. Carta acordo UERJ – R\$ 319.775,00 – taxa de execução = 100% - no âmbito do TC 49 - OPAS
- Parceira com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para a elaboração de materiais educativos para as Academias de Saúde, com base nas novas recomendações do Guia. Carta acordo UFMG - R\$ 130.000,00 - no âmbito do TC 49 - OPAS
- Convênio com USP para apoiar na elaboração de materiais de desdobramento do Guia Alimentar para diferentes públicos– R\$ 500.000,00 - no âmbito do TC 49 - OPAS

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

- Ampliar e fomentar estratégias para divulgação do Guia Alimentar para População Brasileira;
- Formar trabalhadores do SUS para ações e estratégias promoção da saúde, utilizando-se do Guia, entre outros instrumentos;
- Desenvolver instrumentos de capacitação para os profissionais da AB sobre conteúdo do Guia
- Elaborar e divulgar materiais de apoio com base no conteúdo do Guia, tais como:

- » Manual de planejamento dietético: busca apoiar os profissionais nutricionistas na atenção nutricional dos usuários dos serviços de saúde;
- » Guia Alimentar de bolso: direcionado a toda a população, objetiva sintetizar as principais orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira, em um formato que seja de fácil manuseio e que contribua para a adoção das recomendações propostas;
- » Vídeos de divulgação das recomendações do Guia, da classificação dos alimentos e de outras temáticas presentes no Guia, tanto para a população quanto para utilização pelos profissionais de saúde em ações de educação alimentar e nutricional;
- » Atualização do instrumento de avaliação da alimentação com base nas novas recomendações do Guia.

Alguns desafios em relação à agenda do guia referem-se à:

- Definição e apoio a estratégias para ampla disseminação das mensagens do Guia para toda população;
 - Identificação de estratégias e ações que visem à apropriação dos profissionais de saúde e áreas afins sobre a nova abordagem do Guia Alimentar.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Coordenação-Geral de Áreas Técnicas - CGAT/DAB
 - Universidades: UERJ, UFMG, USP
 - Instituto de Defesa do Consumidor - IDEC
 - **Perspectivas para 2016**
 - Construção de agenda permanente de divulgação do conteúdo do Guia Alimentar nas diversas redes sociais do MS, Redenutri, Comunidade de Práticas e de parceiros.
 - Produção de materiais previstos como produtos no Convênio com Universidade de São Paulo (USP);
 - » Instrumento de autoavaliação individual da alimentação –“Como está sua Alimentação?”;
 - » Guia de Bolso;
 - » Vídeos sobre conteúdo do Guia;
 - » Desenvolver metodologia para formação de profissionais da AB sobre o Guia.
 - Desenvolvimento das atividades previstas na Carta Acordo com IDEC:
 - » Criar mailing e rede virtual com atores estratégicos;
 - » Realizar dois encontros presenciais com a rede de atores estratégicos para mobilização social sobre o tema;
 - » Mapear e selecionar PLs mais relevantes para PAAS e acompanhá-los e discuti-los com os parlamentares (advocacy no congresso);
 - » Realizar pesquisa sobre iniciativas de legislativas municipais e estaduais existentes;
 - » Elaborar campanha de mobilização social sobre alimentação adequada e saudável na infância;
 - » Elaborar dois vídeos curtos para divulgação das mensagens da campanha.

5.3 Guia Alimentar Criança para Crianças Menores de 2 Anos

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou dois materiais com orientações de alimentação específicas para crianças brasileiras menores de dois anos. O primeiro material publicado foi o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos que apresentou as primeiras recomendações oficiais sobre alimentação e nutrição para esse público. O Guia foi elaborado para apoiar a garantia do direito

de todas as crianças à alimentação e nutrição adequadas para o pleno crescimento e desenvolvimento, sendo destinado à capacitação técnica dos diversos profissionais que atuam no campo da alimentação infantil, principalmente os profissionais nutricionistas e as Equipes de Saúde da Família. O segundo material foi um Manual, baseado no Guia Alimentar para Crianças, intitulado Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. Esse manual teve como finalidade auxiliar profissionais e agentes comunitários de saúde a lidar com as dúvidas, dificuldades, receios e ansiedades das mães em relação às práticas alimentares, principalmente durante a transição entre o aleitamento materno e alimentação da família. Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a versão atualizada do manual “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos”.

Diante das transformações sociais vivenciadas pela sociedade brasileira, que impactaram sobre suas condições de saúde e nutrição, se faz necessária a revisão e atualização dessas recomendações. Assim, a CGAN iniciou, em 2015, o processo de revisão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. A revisão tem como objetivo contribuir com as ações de educação alimentar e nutricional para apoiar e incentivar o aleitamento materno e práticas alimentares saudáveis de crianças menores de dois anos, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional desse segmento populacional.

O processo de revisão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos será baseado nas orientações da FAO e da OMS. O modelo proposto pelo Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), que posteriormente foi adaptado pela FAO em alguns países do Caribe, e a experiência do processo de revisão do Guia Alimentar para População Brasileira, lançado em 2014, também subsidiarão esse processo.

Além da CGAN, coordenadora do processo, as áreas da Saúde da Criança, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, universidades, pesquisadores, grupos acadêmicos, instituições organizadas da sociedade civil e organismos internacionais são parceiros nessa atividade.

A proposta de revisão do Guia da Criança inclui seis etapas:

- Planejamento e organização do processo de trabalho;
 - Definição dos Objetivos;
 - Elaboração técnica do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos;
 - Seleção e pré-teste das orientações viáveis;
 - Revisão da primeira versão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos; e,
 - Implementação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos.
- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Como parte da primeira etapa, denominada **planejamento e organização do processo de trabalho**, foram identificados os problemas de saúde relacionados com a alimentação na infância, estimando a sua magnitude e estabelecendo as prioridades de ação.

Também foram realizadas oficinas de escuta com diferentes setores da sociedade e com o apoio da IBFAN Brasil. As duas primeiras oficinas de escuta, ocorridas em julho e agosto respectivamente, contaram com a participação de pesquisadores e profissionais que possuem expertise nas áreas materno-infantil, com enfoque em aleitamento materno e alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida, segurança alimentar e nutricional ou técnica dietética, selecionados por meio de um edital de

chamamento. A terceira oficina, ocorrida em setembro, foi realizada com representantes do governo e instituições parceiras, como Conselho Federal de Nutricionistas, Sociedade Brasileira de Pediatria, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), entre outros.

Houve ainda a primeira reunião do Grupo de Acompanhamento do processo de revisão do Guia da Criança, no dia 24 de novembro de 2015, em Brasília/DF, que teve como objetivo apresentar ao Grupo o resultado das 3 oficinas de escuta e discutir sobre as próximas etapas do processo de revisão do Guia.

O produto dessas discussões gerou um relatório contendo a revisão do assunto e os resultados das discussões de cada oficina com a identificação dos problemas prioritários e dos objetivos nacionais das orientações dietéticas baseadas nos alimentos.

- **Principais investimentos**

O financiamento dessa atividade tem sido feito por meios de recursos da Carta Acordo formalizada a pela OPAS com o IBFAN. O valor total da Carta é de R\$ 283.430,00, para o desenvolvimento dessa e de outras atividades.

- **Principais dificuldades ou desafios e estratégias de superação adotadas**

- Concretização de apoio de parceiros ligados às Universidades Federais/Estaduais para apoiarem o chamamento de mães/mulheres para participarem da atividade.
- Definir o grupo e a universidade que ficará responsável pelo processo de condução da revisão do material.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
- Sociedade Brasileira de Pediatria
- Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação FNDE/MEC
- Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome MDS
- GT Nutrição/ Abrasco
- Organismos internacionais: Unicef, OPAS
- CFN
- IBFAN

- **Perspectivas para 2016**

- Realização de 5 oficinas macrorregionais com mães/mulheres, com a finalidade de oportunizar a escuta da opinião desse público quanto ao conteúdo e aplicabilidade do uso do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos;
- Realização da etapa de elaboração técnica do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, envolvendo a formação de um grupo técnico de trabalho, coordenado por um pesquisador/professor com expertise na área materno-infantil, composto por nutricionistas e outros profissionais reconhecidos pela sua relevante atuação no assunto. Será realizada uma revisão da literatura científica e pesquisas nacionais para caracterização da situação de nutrição e saúde, identificação dos principais problemas de saúde associados à alimentação nesta população. A Revisão da literatura científica subsidiará a proposição das recomendações nutricionais, seus objetivos e o seu potencial para a implementação. As metas nutricionais serão traduzidas em recomendações de alimentos, grupos de alimentos, nutrientes e quantidades.

O produto dessa etapa será a elaboração do documento contendo essas recomendações (primeira versão do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos).

5.4 Cantinas Escolares Saudáveis

Em 2012, foi firmado o Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP) para implementar ações de promoção da alimentação saudável nas escolas de educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) da rede privada de ensino. A FENEP possui 23 sindicatos filiados em 19 estados e Distrito Federal. A estratégia pretende atingir 27 mil escolas e aproximadamente 4 milhões de alunos (as) da educação básica, compreendendo educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, com crianças e adolescentes de zero a 17 anos.

O Acordo prevê adesão voluntária das escolas interessadas, associadas ao Sindicato do Ensino Privado (SINEPE). Dentre as atividades até então desenvolvidas, destacam-se:

- Distribuição de 7000 exemplares dos Manuais das Cantinas Escolares Saudáveis;
 - Realização de quatro eventos regionais (Norte, Nordeste, Sul e Sudeste) para sensibilização dos gestores;
 - Disponibilização, na RedeNutri, de um curso - modalidade EAD - para professores, diretores, cantineiros e comunidade escolar em geral;
 - Construção de um sítio eletrônico para acompanhar as ações realizadas pelas escolas que aderiram à ação e que disponibiliza conteúdos para professores, pais, alunos, cantineiros e comunidade em geral.
- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Em função do Acordo firmado em 2012 ter se encerrado em junho de 2015, em outubro deste ano, a CGAN e a FENEP iniciaram um diálogo para a sua revisão, com o objetivo de articular a forma de colaboração entre as partes, para planejamento, execução e avaliação de estratégias voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção da obesidade em crianças e adolescentes da rede privada de educação básica, em âmbito nacional, com ênfase na transformação das cantinas escolares em espaços promotores de saúde. A proposta é de um acordo com duração de 3 anos, envolvendo também a ANVISA. O monitoramento será realizado anualmente no âmbito de um Comitê Gestor, no qual serão apresentadas as ações desenvolvidas pelos atores e acordadas no plano de trabalho.

Outra iniciativa na agenda de Cantinas Saudáveis refere-se à construção, no âmbito da CAISAN, de uma minuta de Projeto de Lei que visa regulamentar nacionalmente a comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos e bebidas ultraprocessados em escolas públicas e privadas, contribuindo para a prevenção do sobrepeso e obesidade e do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. A proposta foi encaminhada para apreciação e avaliação do Ministério do Combate à Fome e Desenvolvimento Social (MDS) e do Ministério da Educação (MEC). Ambos retornaram, no início de 2016, com parecer favorável e a minuta deverá ser encaminhada à Presidência da República.

Ambas as iniciativas citadas no item anterior estão em andamento e, portanto, ainda não há resultados a relatar.

- **Principais investimentos**

Não se aplica

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

- Dificuldade de articulação com a FENEP para renovação do Acordo, em decorrência da impossibilidade de conciliação da agenda temática entre a Federação e o Ministro da Saúde.
- Aprovação do Projeto de Lei citado, pelo Poder Legislativo.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP)
- Sindicato do Ensino Privado (SINEPE)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- Ministério do Combate à Fome e Desenvolvimento Social (MDS)
- Ministério da Educação (MEC).

- **Perspectivas para 2016**

A renovação do Acordo exige conhecer o interesse FENEP, vez que a proposta requer mobilização, ampla divulgação da iniciativa e de promoção da adesão voluntária das escolas à iniciativa; fomentar processos de sensibilização e formação de dirigentes, professores/educadores (as), funcionários (as) das escolas e cantinas escolares e responsáveis/cuidadores; divulgar materiais e campanhas de promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção da obesidade desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; entre outras ações

Encaminhamento da proposta de Projeto de Lei sobre regulamentação de cantinas escolares para Presidência da República, para posterior encaminhamento ao Poder Legislativo.

5.5 Alimentação Saudável nas Escolas

O ambiente escolar é um dos espaços de proteção social mais propício e prioritário para a promoção de hábitos saudáveis por caracterizar-se como um espaço de formação e potencialização de hábitos e práticas, no qual as pessoas passam grande parte do seu tempo, vivem, aprendem e trabalham. Mais do que espaço de desenvolvimento cognitivo, a escola é local de difusão de informações, socialização de conhecimento, formação de valores e hábitos que se perpetuam por toda a vida. Nesse sentido, o ambiente escolar deve favorecer escolhas alimentares saudáveis, incentivar a prática de atividade física e demais práticas promotoras de saúde.

Para potencializar essas ações de cuidados em saúde no âmbito escolar, destaca-se o **Programa Saúde na Escola** que congrega diferentes atores (educandos, famílias, profissionais de saúde e educação, manipuladores de alimentos, agricultores familiares, comunidade, entre outros), para discutir a situação alimentar e nutricional do território, além de propiciar a discussão e criação de um ambiente gerador de práticas saudáveis, que favoreça escolhas saudáveis extrapolando o espaço de sala de aula e que incorporem o diálogo com as famílias e o território onde vivem os educandos.

- **Atividades desenvolvidas de janeiro a dezembro de 2015**

- Reuniões com FNDE para tratar da proposta da CGAN de inserir temas como PNAE, agricultura familiar, horta escolar, educação alimentar e nutricional nos livros didáticos, na forma de histórias em quadrinhos. Contudo, em função de mudanças no planejamento da impressão dos materiais pelo FNDE, foi possível apenas uma adaptação dos 10 passos para alimentação saudável nos livros dos anos iniciais. O desenvolvimento das histórias em quadrinho para os livros dos anos finais serão inseridas o material didático de 2017.

- Parceria firmada com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) para o desenvolvimento de materiais que ampliem a discussão sobre alimentação adequada e saudável no ambiente escolar, estabelecendo relações com diferentes aspectos dos parâmetros curriculares e valorizando a transversalidade do tema alimentação. Pretende-se que os materiais produzidos incorporem críticas e sugestões dos profissionais que já vêm utilizando os materiais disponibilizados, assim como proporcionem uma abordagem mais interdisciplinar que aproxime a alimentação do cotidiano de vida dos escolares. Os materiais a serem produzidos visam subsidiar professores e profissionais da ESF em suas abordagens sobre esta temática.

Como resultados alcançados, destacam-se:

- Inserção de conteúdo sobre promoção da alimentação adequada e saudável na contracapa dos livros didáticos do FNDE destinados para o público de 11 a 14 anos;
- No âmbito da parceria firmada com a UERJ, os materiais sobre alimentação e nutrição desenvolvidos (em fase de revisão e/ou diagramação) foram:
 - » Cadernos de atividades para promoção da alimentação adequada e saudável para educação infantil, ensino fundamental I e II;
 - » Livro sobre aleitamento materno e alimentação complementar na creche;
 - » 3 Vídeos sobre promoção da alimentação adequada e saudável:
 - » Para alunos do ensino fundamental I e II;
 - » Para profissionais da saúde e da educação.
- **Principais investimentos**
 - Carta acordo (BR/LOA/1300081), no âmbito da cooperação técnica com a OPAS, com a UERJ no valor de R\$319.775,00 para desenvolvimento dos materiais educacionais e informacionais.
- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**
 - Conciliação dos prazos do FNDE referentes à contratação da empresa, impressão dos materiais e do MS na elaboração dos conteúdos e arte dos quadrinhos, que não possibilitaram o alcance da proposta original. A alternativa foi a inserção dos 10 passos para a alimentação saudável na contracapa dos materiais didáticos
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Internas: CGDANT/SVS e CGAT/DAB/MS.
 - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).
 - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
- **Perspectivas para 2016**
 - Continuidade na construção e desenvolvimento dos roteiros e quadrinhos para inserção nos livros didáticos de 2017;
 - Finalização dos materiais da UERJ e disponibilização para as escolas do PSE;
 - Possível lançamento do material da UERJ no âmbito da Campanha Brasil Saudável e Sustentável (BRASS) em oficinas nas escolas do Rio de Janeiro.

5.6 Interfaces com Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada e publicada na Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014, tem como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e dos

modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

A alimentação adequada e saudável é apontada na PNPS como um tema prioritário, perpassando os temas transversais que contribuem para a formulação de agendas de promoção da saúde. Por isso, a CGAN tem representação no Comitê Gestor da PNPS e participou de todas as reuniões realizadas em 2015 e essa Política constar do rolde atividades da CGAN.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

- Campanha Nacional de Promoção da Saúde com o tema: “Da saúde se cuida todos os dias. Promoção da Saúde – SUS”. Lançada em abril de 2015, a campanha ocorreu o ano todo abordando diferentes temas de Promoção da Saúde, com foco principal nas redes sociais (site da campanha (<<http://promocaodasaude.saude.gov.br/>>, Facebook, Twitter e outros). Os eixos temáticos da Campanha são: incentivo à alimentação saudável; incentivo à redução do consumo de álcool; incentivo à atividade física; controle do tabagismo; incentivo à segurança no trânsito; incentivo à cultura da paz; incentivo ao ambiente saudável e incentivo ao parto normal. A CGAN, além da contribuição na elaboração de textos das temáticas sob sua responsabilidade contribuiu para a elaboração de um vídeo apresentando os 10 passos para alimentação saudável e para a disponibilização de uma lista de 10 vídeos sobre alimentação e saúde que contribuem com uma visão crítica sobre alimentação.
- Aprovação da proposta e participação na organização do Simpósio: “Desafios para prevenção e controle da obesidade: novos passos” a ser realizado na 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES, de 22 a 26 de maio de 2016 em Curitiba – Brasil. O Simpósio tem como objetivo discutir a temática da obesidade e as estratégias para prevenção e controle, em âmbito individual, ambiental e social.

- **Principais investimentos**

Não se aplica.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Aprimorar a discussão da importância da promoção da saúde no âmbito da atenção básica. Entende-se que o Simpósio, especificamente, possa contribuir para essa pauta.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- CGDANT / DANTPS / SVS
- ASCOM / MS

- **Perspectivas para 2016**

- Participação no Comitê Gestor da PNPS;
- Participação na 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, especificamente na organização e condução do Simpósio “Desafios para prevenção e controle da obesidade: novos passos” que será composto pelas seguintes mesas:
 - » Participação crescente dos alimentos ultraprocessados na dieta da população brasileira: impactos sobre a cultura, meio ambiente e saúde – Carlos Augusto Monteiro / USP;
 - » Tributação de bebidas açucaradas e produtos energéticos com poucos nutrientes: experiência do México para prevenção e controle da obesidade – Zaira A. Valderrama A. / México;

- » Regulamentação da publicidade de alimentos dirigida às crianças - Enrique Jacoby / OPAS;
- » Próximos passos para o enfrentamento da obesidade – Ana Paula Bortoletto / IDEC.
- Elaboração de textos e materiais para Campanha de Promoção da Saúde

6

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

6.1 Fortalecimento da VAN nos Serviços de Saúde

A vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) corresponde à terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e consiste na descrição contínua e na predição de tendências da situação de alimentação e nutrição e seus fatores determinantes, o que possibilita a criação de indicadores de saúde e nutrição que irão orientar a formulação de políticas públicas e ações locais de atenção nutricional. Ela está inserida no conjunto de ações de políticas públicas para promoção dos direitos humanos à saúde e à alimentação e, nesse contexto, deve ser percebida de maneira ampliada, incluindo a vigilância nos sistemas de informação em saúde, produção científica, chamadas nutricionais e inquéritos populacionais.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

- Publicação dos documentos técnicos: Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica e Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica.
- Revisão do formulário de marcadores de consumo alimentar a ser adotado no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) e no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB).
- Realização do curso de autoaprendizagem na RedeNutri intitulado Vigilância Alimentar e Nutricional: contribuições para a organização do cuidado nos serviços de atenção básica à saúde.

Tais materiais compreendem um conjunto de estratégias para apoiar o exercício da vigilância por gestores e profissionais de saúde no SUS.

- Participação no processo de construção do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), estratégia do DAB para reestruturar as informações da AB em nível nacional e operacionalizar o SISAB.

A integração do Sisvan e e-SUS se dará sem prejuízo na continuidade do Sisvan, pois todas as informações registradas no e-SUS passarão a compor o conjunto de relatórios do Sisvan Web, sistema de gestão da vigilância alimentar e nutricional. No entanto, esta integração ainda não aconteceu por completo, havendo assim, a necessidade de postergar a inserção dos dados no Sisvan de modo que os municípios, Estados e a esfera federal possam gerar os relatórios da situação de estado nutricional e consumo alimentar para condução do planejamento de ações em saúde. No que tange ao desenvolvimento

de tecnologias de informação, a perspectiva para 2016 é desafiadora e espera-se que tal integração seja operacionalizada e finalizada e que tal feito repercuta na ampliação da captação de dados e permitam maior fidedignidade dos indicadores de alimentação e nutrição observados.

Com relação aos dados gerados pelo Sisvan, tem-se a cobertura de acompanhamento do estado nutricional, considerando os dados antropométricos consolidados no SISVAN Web, cujo registro tenha ocorrido pelo Sisvan Web e pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, e dos marcadores de consumo alimentar. Tal cobertura compreende a razão entre o número de pessoas acompanhadas na Atenção Básica com registro de dados nutricionais no Sisvan e o número de pessoas residentes num determinado município, estado ou Brasil em determinado ano. O Quadro 7, apresentado abaixo, mostra as coberturas estaduais e no Brasil, o que corresponde ao acompanhamento de mais de 22 milhões de pessoas nos serviços de AB de todo o país em 2014.

Quadro 7 – Cobertura populacional do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar por estado, em 2014, região e Brasil

UF	Cobertura de acompanhamento Estado Nutricional				Cobertura de acompanhamento Consumo Alimentar			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
AC	10,4%	15,7%	18,9%	21,5%	0,0%	0,3%	0,3%	1,0%
TO	14,6%	17,9%	20,4%	20,7%	0,7%	2,0%	1,8%	1,6%
PA	11,5%	13,6%	18,6%	20,2%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%
RR	12,3%	13,6%	18,9%	20,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%
AM	9,4%	11,2%	16,7%	19,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%
AP	5,4%	6,7%	8,9%	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
RO	7,8%	9,6%	10,4%	10,2%	0,5%	0,6%	0,0%	0,0%
Norte	10,7%	12,9%	17,2%	18,7%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%
MA	16,4%	18,3%	24,1%	25,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%
PI	15,1%	16,4%	21,9%	21,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%
PB	14,9%	16,6%	20,9%	20,9%	0,5%	0,6%	0,5%	0,2%
CE	13,9%	16,8%	20,1%	20,5%	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%
AL	12,3%	14,6%	17,8%	18,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%
BA	11,6%	13,9%	17,5%	18,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
SE	11,1%	13,7%	17,1%	17,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
RN	11,1%	13,2%	16,2%	16,3%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%
PE	9,2%	10,7%	13,7%	14,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Nordeste	12,6%	14,7%	18,5%	18,9%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%
MG	9,4%	10,6%	14,8%	14,9%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%
ES	7,4%	8,6%	9,7%	9,5%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
RJ	2,9%	3,8%	5,6%	6,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
SP	3,1%	3,3%	4,1%	4,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Sudeste	4,8%	5,4%	7,2%	7,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%

Continua

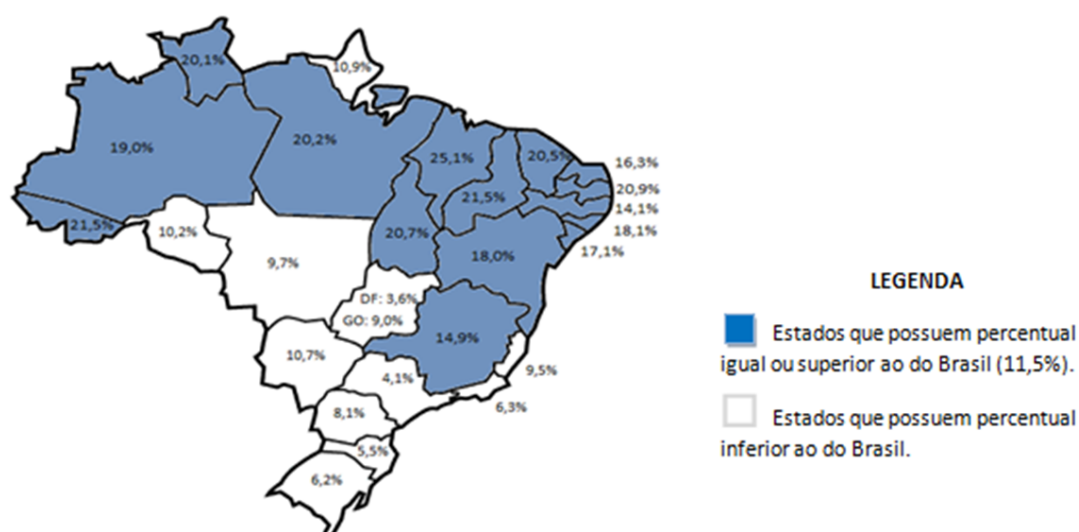
Conclusão

UF	Cobertura de acompanhamento Estado Nutricional				Cobertura de acompanhamento Consumo Alimentar			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
MS	8,3%	9,6%	10,8%	10,7%	1,1%	1,3%	1,1%	0,8%
MT	7,7%	7,7%	9,9%	9,7%	1,7%	1,0%	1,0%	0,6%
GO	6,6%	6,9%	9,0%	9,0%	0,5%	0,6%	0,6%	0,3%
DF	1,1%	2,1%	3,0%	3,6%	0,6%	0,8%	0,4%	0,5%
Centro-Oeste	6,1%	6,7%	8,4%	8,4%	0,9%	0,8%	0,7%	0,5%
PR	7,6%	7,6%	8,5%	8,1%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
RS	4,9%	5,3%	6,3%	6,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
SC	4,8%	5,6%	6,0%	5,5%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
Sul	5,9%	6,2%	7,1%	6,8%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Brasil	7,7%	8,8%	11,3%	11,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

A **Figura 7** mostra a cobertura populacional do acompanhamento do estado nutricional dos estados em relação à cobertura no país.

Figura 7 – Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no SISVAN Web, por estado, em 2014



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

• Principais investimentos

- Visitas técnicas a Estados prioritários no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão para fortalecimento das ações, programas e estratégias da PNAN, dentre elas, a Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Apoio técnico às demandas e dúvidas de estados e municípios (presencial, por e-mail corporativo e telefone);
- Continuidade do curso EAD sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional na plataforma da RedeNutri;

- Monitoramento sistemático e rotineiro das coberturas municipais, estaduais, regionais e nacionais do Sisvan, verificação e aprimoramento do sistema de informações e seus relatórios junto aos desenvolvedores (Núcleo de Tecnologia da Informação/DAB);
- Coordenação técnica dos pedidos de acesso aos microdados do Sisvan para estudos e pesquisas.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

O conjunto de ações desenvolvidas nos últimos anos reforça a importância do fortalecimento da VAN na Atenção Básica, especialmente com a busca pela disseminação entre profissionais e gestores de que o exercício da VAN cabe a todos que buscam a melhoria da situação de saúde da população. Dentre os desafios para os próximos anos, destaca-se a maior qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, sendo imperativo o investimento em instrumentos que apoiem as equipes de saúde no cotidiano de suas atividades, como vídeos temáticos e instrutivos, cartazes sobre método antropométrico, disco ou régua de IMC, entre outros.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Referências estaduais e municipais de alimentação e nutrição e da Atenção Básica para fortalecimento da VAN. Os benefícios do exercício da VAN vão desde a utilização dos dados para planejamento de ações nos serviços de saúde dos municípios e estados/DF, quanto pelo eixo Federal para o embasamento de políticas públicas em saúde baseadas em evidências.

- **Perspectivas para 2016**

- Continuidade do apoio aos Estados e municípios via caixa corporativa do Sisvan;
- Identificação de experiências positivas com relação ao acompanhamento do estado nutricional e marcadores do consumo alimentar da população atendida na Atenção Básica nos municípios e realização da III Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional com Estados e municípios prioritários
- Impressão de 50.000 cópias da publicação “Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica” e 45.000 cópias da publicação “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”.
- Avanço na operacionalização e finalização da integração entre o Sisvan e e-SUS, ampliando a captação de dados.

6.2 Financiamento de Equipamentos Antropométricos

Entre 2009 e 2010, o Fundo das Nações Unidas pela Infância – UNICEF, com colaboração e apoio da CGAN, realizou um estudo que contemplava alguns aspectos da organização da VAN nos municípios brasileiros, com ênfase especial na utilização do SISVAN Web. Os resultados deste estudo apontaram que a carência de equipamentos antropométricos nas Unidades Básicas de Saúde era um dos principais obstáculos para a implementação da VAN e efetiva consolidação do SISVAN. Nesse sentido, e frente à necessidade de ampliar e qualificar as ações de VAN e promover condições adequadas para o diagnóstico nutricional como parte do cuidado integral à saúde, em 2011, o MS instituiu um incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos pelos municípios (Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011).

O incentivo financeiro, desde então, é repassado na modalidade fundo a fundo, em parcela única anual, para contemplar: I) Polos do Programa Academia da Saúde já construídos e em funcionamento,

que foram contemplados com incentivo para custeio das ações de promoção da saúde (R\$1.500,00 a cada polo); II) Unidades Básicas de Saúde dos municípios com equipe de Atenção Básica com adesão ao PMAQ (R\$ 3.000,00 por UBS), a partir do estrato 1, em seguida do estrato 2 e assim sucessivamente até atingir o limite de recurso orçamentário disponível em cada ano.

Entre 2011 e 2014, foram contempladas 13.497 Unidades Básicas de Saúde e 224 polos do Programa Academia da Saúde, investimento correspondente a R\$ 41.036.955,00.

- **Atividades desenvolvidas**

Além do pagamento da portaria referente ao ano 2014, foi realizada em 2015, em parceria com a Ouvidoria do SUS, uma consulta aos municípios que receberam os recursos desde 2011, com o objetivo de conhecer as ações que estão sendo desenvolvidas com os recursos e também as dificuldades dos municípios em sua utilização. 50% dos respondentes pelos municípios consultados afirmaram que possuíam conhecimento sobre o repasse do recurso, sendo que 60% destes afirmaram ter conseguido executá-lo.

- **Principais investimentos**

Foi pago o valor R\$ 7.800.000,00 (sete milhões e oitocentos mil reais) referente à Portaria Nº 2.268, de 16 de outubro de 2014, que havia ficado como resto a pagar no referido ano.

- **Principais dificuldades e desafios e Estratégias de superação adotadas**

Ainda de acordo com a pesquisa realizada pela Ouvidoria do SUS os municípios relataram encontrar dificuldades para a execução do recurso devido a “entraves burocráticos” e “dificuldades no processo de compra de equipamentos antropométricos”. No sentido de amenizar tais dificuldades está sendo implementada pelo DAB uma Ata de Registro de Preços que poderá ser um importante instrumento de apoio nesse sentido.

Também foi relatado pelos respondentes da pesquisa que alguns equipamentos como computadores, impressoras, esfigmomanômetro e materiais gráficos foram adquiridos com o recurso. Tais ações demonstram a necessidade ainda existente de ampliar a divulgação de materiais já produzidos pela CGAN a respeito do método antropométrico, dos equipamentos necessários e das técnicas de execução do mesmo.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Municípios que possuem unidades de saúde participantes do PMAQ.

- **Perspectivas para 2016**

- Publicação de uma nova portaria para o financiamento da aquisição de equipamentos antropométricos para municípios aderidos ao PMAQ, considerando os resultados da avaliação externa do PMAQ e da pesquisa junto em parceria com a Ouvidoria.
- Implementação da estratégia de divulgação do Marco de Referência para Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, por meio da qual será possível ampliar e qualificar a informação a respeito dos repasses realizados e das possibilidades de utilização adequada dos mesmos.

7 CONTROLE E REGULAÇÃO DOS ALIMENTOS

As ações de controle e regulação de alimentos em que a CGAN atua estão diretamente relacionadas à interface com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), particularmente com sua Gerência Geral de Alimentos (GGALI), tendo como foco a garantia da inocuidade e da qualidade nutricional dos alimentos, por meio do controle e prevenção de riscos à saúde como parte das agendas de promoção da alimentação adequada e saudável e de proteção da saúde.

7.1 Políticas de Fortificação Universal de Alimentos

A fortificação universal de alimentos insere-se no eixo da prevenção e controle das carências de micronutrientes da PNAN e compreende duas estratégias: **fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico** e a **fortificação do sal com iodo**.

Em 2002, estabeleceu-se a obrigatoriedade de fortificação das farinhas de trigo e milho produzidas no país com ferro e ácido fólico, frente aos altos índices de anemia, especialmente em crianças menores de cinco anos e mulheres em idade fértil, e de doenças causadas pela deficiência de ácido fólico na população brasileira (Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002 – ANVISA). O Ministério da Saúde é o responsável pelo desenho dessa política e a ANVISA por sua regulação e monitoramento.

A CGAN coordena a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. Composta por representantes do governo, setor produtivo, organizações da sociedade civil e organismos internacionais de saúde, a Comissão tem como atribuições a proposição de medidas para implementação de ações e discussão de sua efetividade, o acompanhamento e monitoramento da fortificação e o estabelecimento de estratégias de comunicação e mobilização social para redução da anemia e dos defeitos do tubo neural.

Em 2012, a ANVISA estabeleceu um Grupo de Trabalho (GT) para revisão do regulamento a partir de discussões relativas à: i) definição de uma faixa de fortificação (em lugar de níveis mínimos, conforme existente na legislação atual); ii) definição de compostos de ferro de melhor biodisponibilidade; iii) outras questões, como possíveis riscos do consumo excessivo de ferro por portadores de hemoglobinopatias e da associação do excesso de ácido fólico com câncer. A CGAN atua como representante do MS no GT, que também é integrado por representantes da própria ANVISA, do setor produtivo, de outras áreas do MS (INCA), da OPAS e de especialistas nacionais.

No Brasil, a iodação universal e mandatória do sal para consumo humano é preconizada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para alcance e eliminação dos distúrbios por deficiência de iodo (DDI) desde a década de 50. As condições legais, administrativas e operacionais dessa estratégia são asseguradas pelo Ministério da Saúde em parceria com a ANVISA e com o setor salinero.

A CGAN coordena a Comissão Interinstitucional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, composta por representantes do governo, setor produtivo e extrativista, sociedade civil, organizações internacionais (OPAS e UNICEF).

Desde a obrigatoriedade de adição de iodo ao sal, houve redução importante da prevalência de bócio (tipo de DDI) no Brasil, chegando a 1,4% em 2000. Não obstante, o avanço alcançado no controle dos DDI no país, o aperfeiçoamento contínuo das ações de prevenção e controle é necessário, tendo em vista que o monitoramento desses distúrbios é fundamental para evitar a reincidência do problema ou mesmo o consumo excessivo de iodo pela população, assim como para outras consequências como o comprometimento cognitivo de crianças devido a deficiências subclínicas de iodo na gestação.

Após rodadas de discussão no âmbito da Comissão Interinstitucional, seguidos de Consulta Pública, iniciada em agosto de 2011, foi editada a RDC Anvisa nº 23/2013, em que se reduziu a faixa de iodação do sal no Brasil de 20 a 60ppm (partes por milhão) para 15 a 45 ppm. A redução da faixa de iodação foi proposta em virtude das evidências de ingestão excessiva de iodo na população brasileira, como a partir do consumo excessivo de sal pelos brasileiros (mais que dobro da recomendação diária da OMS).

A partir de então, continuaram discussões com a ANVISA e o International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCID) no Brasil com vistas ao aprimoramento do monitoramento da deficiência de iodo e da iodação do sal no país e ao contínuo monitoramento da situação nutricional de iodo e sódio na população, por meio de pesquisas e inquéritos como a PNS e a PNAISAL. A CGAN também demandou à ANVISA a manutenção da fortificação do sal na Agenda Regulatória da Agência para permitir que eventuais ajustes na faixa de iodação possam ser feitos, se necessário.

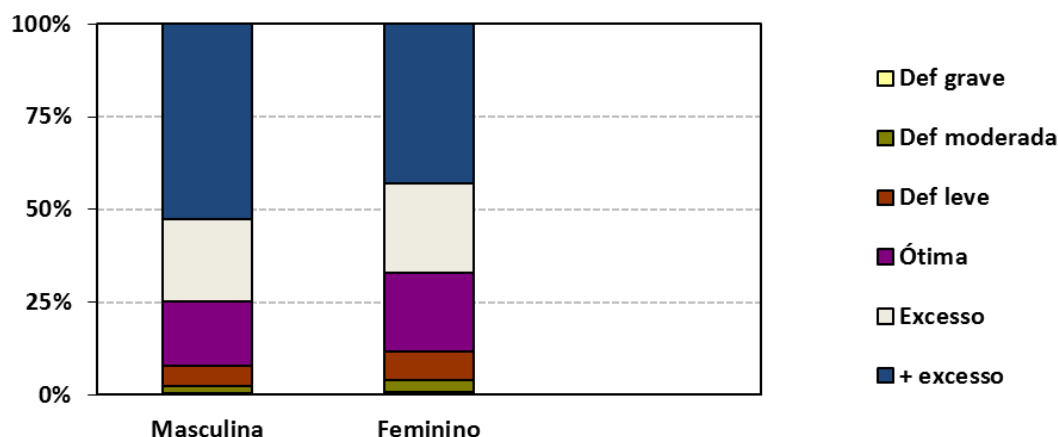
- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

A CGAN, além da relação direta como gestora das estratégias para o controle e prevenção de carências de micronutrientes, teve importante participação na obtenção e análise dos dados nacionais de consumo de farinhas e de ingestão de micronutrientes, a partir da POF 2008-2009, colaborando com análise dos microdados referentes à ingestão natural e oriunda da fortificação de ferro e ácido fólico para subsídio da elaboração das faixas ideais de fortificação, seguindo-se as orientações da OMS.

Estão em formulação os pareceres técnicos que analisam as evidências que sustentam a manutenção da fortificação das farinhas e sua segurança diante da possibilidade de excesso de ferro por portadores de hemoglobinopatias e da associação com o risco de câncer (comprovado somente para níveis mais elevados de ingestão, como na suplementação).

Em relação à PNAISAL (Pesquisa Nacional de Impacto da Iodação do Sal), o gráfico abaixo apresenta os dados preliminares que sinalizaram excesso de iodo na população escolar. Espera-se que, em 2016, os dados oficiais sejam disponibilizados pela equipe responsável pela pesquisa.

Figura 8 – Iodúria de acordo com sexo. Brasil, 2015



Fonte: CGAN, 2015.

- Principais investimentos

Em 2015, houve grande investimento técnico em análises demandadas pelo GT, assim como na participação em diversos eventos científicos cuja temática abordava a estratégia nacional de prevenção e controle de carências de micronutrientes.

- Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

A dificuldade na sistematização de evidências científicas que corroborassem a segurança da fortificação de ferro para hemoglobinopatas tem sido um grande desafio. A realização de uma Revisão Sistemática com esse objetivo foi realizada, mas não trouxe resultados conclusivos. Agruparam-se então pareceres técnicos da área responsável pelo cuidado a essas pessoas e estudos científicos para apresentação e esclarecimentos em eventos e aos seguimentos da sociedade interessados.

Sobre a iodação do Sal, a falta de celeridade na divulgação dos dados da PNAISAL e da PNS dificultam as discussões de necessidade de ajustes nas faixas de fortificação.

- Parcerias e principais entidades beneficiadas

A CGAN é parceira da Anvisa na agenda de Fortificação Universal de Alimentos, mas os grupos de trabalho que discutem essa temática são bem amplos e englobam outros seguimentos da sociedade, como a comunidade acadêmica e representantes da sociedade civil.

- Perspectivas para 2016

Para 2016, espera-se a retomada das discussões no GT de Fortificação de Farinhas e a divulgação dos dados oficiais das pesquisas que avaliaram iodúria em escolares (PNAISAL) e em adultos (PNS).

7.2 Agenda Regulatória de Alimentos

A CGAN também representa o Ministério da Saúde em agendas de regulação de alimentos junto à ANVISA, incluindo suas interfaces nacionais e internacionais (Comitê Codex Alimentarius do Brasil, MERCOSUL, Codex Alimentarius FAO/OMS). Destaca-se a participação da CGAN nos grupos permanentes de Nutrição e Alimentos para Fins Dietéticos Especiais (GTNFSDU), no âmbito do qual ocorre a discussão da regulação de fórmulas alimentares e de subsídios a outros grupos e comitês em relação a temas de nutrição, e de Rotulagem Nutricional (GTFL), para discussão sobre temas

encaminhados pelos comitês centrais do Codex Alimentarius para definição da posição brasileira em relação a esses temas.

Além disso, a CGAN atua nos grupos de trabalho temporários estabelecidos pela ANVISA para a regulação de questões específicas, como:

- **GT de Alergênicos:** instituído em 2014 para estabelecer um regulamento técnico para declaração de fontes reconhecidas por causarem alergias ou intolerâncias alimentares em pessoas sensíveis na rotulagem de alimentos embalados. Suas atividades foram finalizadas e o produto final foi à consulta pública gerando uma resolução que já foi publicada em 2015.
- **GT de Alegações de propriedades funcionais em alimentos:** instituído em 2014 com objetivo de auxiliar na elaboração de critérios para seleção dos alimentos passíveis de veicularem alegações e para definir as alegações de função plenamente reconhecidas. As discussões centram-se em as bases técnicas e científicas para a elaboração da proposta inicial de regulação, considerando os alimentos que poderão ter alegações e quais alegações nutricionais permitidas. Em 2015, houve 2 reuniões do GT (março e maio), nas quais discutiram-se, dentro outros aspectos, as categorias de alimentos do modelo, os componentes do alimento que serão utilizados no modelo e a lista de alegações.
- **GT de Rotulagem Nutricional:** instituído em 2014 com vistas a auxiliar na elaboração de propostas regulatórias relacionadas à Rotulagem Nutricional de alimentos. A primeira reunião foi realizada em dezembro de 2014 para contextualização do tema, apresentação dos objetivos do GT, discussão da metodologia de trabalho, exposição das impressões iniciais das instituições participantes sobre os problemas do modelo regulatório atual de rotulagem nutricional e definição das próximas atividades. Em 2015, houve 3 reuniões do GT (março, maio e agosto), nas quais discutiram-se, dentro outros aspectos, objetivos e conceito da rotulagem nutricional, as principais limitações do modelo atual e possíveis soluções para as limitações identificadas.

Além da participação nos referidos GT, a CGAN manifestou-se em consulta pública, disponibilizada pela ANVISA entre novembro e dezembro de 2014, sobre sua proposta de agenda regulatória para o biênio 2015-2016. A consulta pública foi o momento para manifestação da sociedade, governo e outros setores sobre os temas de seu interesse, no que se refere a sua regulação pela ANVISA.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Nesse ano, além das reuniões ordinárias dos comitês do Codex Alimentarius e dos GTs temáticos, houve a publicação da Resolução – RDC nº26, de 02 de julho de 2015 que dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares, produto do GT de Alergênicos com o qual a CGAN colaborou.

A CGAN continuou acompanhando as reuniões e discussões dos GTs de alegações e rotulagem para os quais ainda não há definição de um produto.

- **Principais investimentos**

Em 2015, houve investimento técnico em análises demandadas pelos GTs, assim como no levantamento e sistematização de evidências científicas para subsidiar a elaboração dos produtos esperados pelos dois grupos que ainda estão ativos.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

As principais dificuldades encontradas nas agendas de caráter regulatório estão relacionadas à disponibilidade de informações clínicas e epidemiológicas para a tomada de decisões baseadas em evidências nas discussões, assim como as eventuais resistências apresentadas pelo setor regulado em momentos em que as agendas de saúde pública podem gerar impactos comerciais para o setor produtivo. Para a superação dessas dificuldades, a CGAN e a Anvisa fortaleceram sua articulação com especialistas e instituições parceiras no sentido de fortalecer as evidências científicas nas temáticas discutidas, assim como têm fomentado o acesso e produção dessas evidências.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

A CGAN é parceira da Anvisa nessa agenda, mas os grupos de trabalho que discutem essa temática são bem amplos e englobam outros seguimentos da sociedade, como a comunidade acadêmica e representantes da sociedade civil.

- **Perspectivas para 2016**

Para 2016, espera-se a retomada das discussões nos GTs de Alegações e de Rotulagem Nutricional com a elaboração dos respectivos produtos.

7.3 Reformulação de Alimentos para Redução do Teor de Sódio, Gorduras e Açúcar

A CGAN vem coordenando as agendas de redução do consumo de sódio, gorduras e açúcar, que incluem estratégias de rotulagem nutricional e de promoção da alimentação adequada e saudável, de educação e informação, de reformulação de alimentos processados e dos alimentos produzidos e consumidos fora do domicílio. No campo da proteção à saúde, como uma agenda de redução de riscos, a reformulação de alimentos processados vem sendo trabalhada, particularmente em relação à redução de sódio, açúcares e gorduras trans e saturadas no contexto da melhoria do perfil nutricional de tais alimentos.

- **Redução dos teores de sódio**

Sabendo-se do consumo excessivo de sal/sódio pela população brasileira, que ultrapassa em mais de duas vezes a recomendação da Organização Mundial da Saúde (inferior a 5g/dia até 2020), o Ministério da Saúde vem trabalhando em diferentes estratégias para reduzir o atual consumo de sal. Tal iniciativa também se encontra articulada à meta estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde. As principais fontes de sódio na alimentação são o sal adicionado no preparo e consumo dos alimentos e o sódio presente nos alimentos prontos, como os alimentos processados/ultraprocessados e aqueles consumidos fora do domicílio fazendo-se necessárias diferentes abordagens para alcançar a redução pretendida, que incluem a educação e informação à população em relação ao uso racional do sal e a escolhas alimentares mais saudáveis e ações voltadas para o setor produtivo, no sentido de ofertar produtos com melhor perfil nutricional.

O Plano Nacional de Redução do Sódio em Alimentos Processados, que compõe o Plano de Redução do Consumo de Sal pela População Brasileira, apresenta articulação com outras políticas públicas como, por exemplo, o Plano Nacional de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. De acordo este plano, a redução do teor de sódio em alimentos processados deverá ocorrer de maneira gradual, voluntária e por meio de metas bianuais, considerando o desenvolvimento de novas tecnologias, formulações e a adaptação do paladar dos consumidores. Além disso, as metas de redução devem ser significantes, realistas, viáveis, mensuráveis e sustentáveis e se aplicar a todos os produtos de cada categoria de alimento. Estas foram selecionadas com base na sua contribuição para a

ingestão de sódio pela população, definida por meio de inquéritos populacionais acerca da aquisição e de tabelas de composição de alimentos. O referido plano inclui acordos voluntários entre o Ministério da Saúde (MS) e entidades do setor produtivo de alimentos, em especial a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (Abia), por meio da pactuação de termos de compromisso com metas para a redução dos teores de sódio em diferentes categorias de alimentos. Como mostrado no **Quadro 6** foram realizados, até agora, quatro pactos, em que se estabelecem os primeiros limites máximos para o teor de sódio em diferentes categorias de alimentos, além de ter sido assinado um termo à parte que trata do sistema de monitoramento do cumprimento das metas e monitoramento da redução do sódio nos produtos. As metas de teor de sódio, elencadas nos Termos de Compromisso (TC), foram definidas a partir da redução percentual do teor máximo de sódio encontrado nos produtos das categorias pactuadas, presentes no mercado e associadas à Abia. O monitoramento das metas pactuadas é feito a partir do levantamento da rotulagem nutricional a partir dos sítios eletrônicos oficiais das empresas associadas à Abia.

- **Redução dos teores de gordura trans**

Em 2010, foi realizado levantamento para identificação dos teores de gordura trans em alimentos processados pela Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação – Abia.

- **Redução dos teores de açúcar**

Na busca pela melhoria do padrão alimentar da população quanto à redução do consumo de açúcar, foi realizado, em 2013, o I Seminário sobre a redução do consumo de açúcar pela população brasileira, com o objetivo de discutir os avanços na definição do plano de redução do consumo de açúcar na população brasileira, a problematização dos possíveis desafios a serem enfrentados em tal plano e a promoção do diálogo entre conhecimento, ação e política para a identificação, criação de método de execução e monitoramento do referido plano.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Redução dos teores de sódio

Até o momento foi realizado o monitoramento dos três primeiros termos de compromisso (TC) para redução dos teores de sódio em alimentos processados, com divulgação dos resultados do I e II TC, realizada nos anos 2014 e 2015, respectivamente. Ainda, com relação ao I TC, em 2015, foi iniciado o processo para repactuação das metas para as categorias de alimentos em questão, a partir de reuniões técnicas entre MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e setor produtivo.

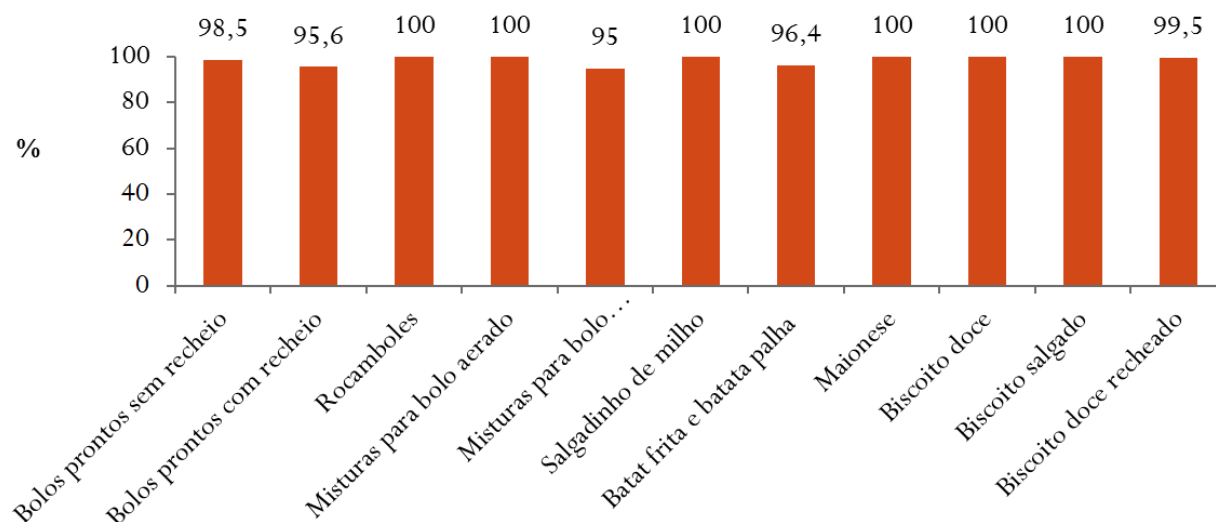
Quadro 8 – Acordos firmados para redução dos teores de sódio em alimentos processados entre Ministério da Saúde e setor produtivo de alimentos

TC	Ano	Categorias de alimentos	Principais resultados
I	2011	Massas instantâneas, pães de forma e bisnaguinhas.	287 produtos avaliados e 80,8% de alcance da meta proposta.
II	2011	Bolos e misturas para bolos, rocamboles, biscoitos doces, salgados e recheados, batata frita e batata palha, salgadinhos de milho e maionese.	849 produtos avaliados e 99% de alcance da meta proposta.
III	2012	Margarinas, cereais matinais, caldos prontos e temperos.	202 produtos avaliados e 94,5% de alcance da meta proposta.
IV	2013	Sopas, produtos cárneos e produtos lácteos.	Monitoramento em 2016

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Os resultados do II TC mostraram redução do teor médio de sódio em todas as categorias analisadas e 99% de cumprimento das metas considerando o total de produtos analisados. A **Figura 9** mostra o percentual de cumprimento das metas para cada categoria de alimentos.

Figura 9 – Percentual de cumprimento de metas referente ao II Termo de Compromisso para Redução dos Teores de Sódio em Alimentos Processados no Brasil



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Ressalta-se que aqueles produtos que não atingiram a meta foram notificados pelo Ministério da Saúde que recebeu as justificativas, tendo, no período estipulado, todos os produtos dentro das metas pactuadas.

A Abia destaca que, considerando os dois primeiros termos, estima-se a retirada de 5.230 até 2012 e de 7.652 toneladas de sódio até 2014. Considerando todos os termos, estima-se a retirada de 28.562 toneladas até 2020. O monitoramento mostra resultados positivos e fortalecedores da estratégia para redução do consumo de sódio pela população, fazendo do Brasil país de referência para esta agenda nas Américas, junto à Argentina e Canadá.

Redução dos teores de gordura trans

Em 2015, foi realizada coleta de dados acerca dos teores de gordura trans em alimentos processados para empresas associadas à Abia. Paralelamente, ao final do ano de 2015, a direção colegiada da Anvisa propôs a realização de audiência pública para discutir a possibilidade de banimento das gorduras trans no país.

Redução dos teores de açúcar

Em 2015, foi realizado, nos dias 27 e 28 de outubro de 2015, o II Seminário Nacional sobre a Redução do Consumo de Açúcar pela População Brasileira, com o objetivo discutir estratégias de redução do consumo de açúcar pela população e contou com um total 40 participantes, envolvendo sociedades médicas, acadêmicos e pesquisadores, setor produtivo de alimentos e bebidas e entidades de governo de diferentes áreas.

O evento foi capaz de coletar subsídios importantes para iniciar a elaboração do Plano de Redução do Consumo de Açúcar pela População Brasileira. Tratou do cenário alimentar e epidemiológico brasileiro, marcado pela participação crescente de alimentos ultraprocessados, com altos teores de gordura, sal e açúcar, e que apresentam relação direta com o ganho de peso excessivo e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, além da grande participação do açúcar de adição na dieta. Tendo a experiência brasileira para a redução do consumo de sódio como base, tratou-se também dos aprendizados dela para estabelecer estratégias para a redução do consumo de açúcar, tratando de seus desafios e perspectivas, entre outras temáticas

- **Principais investimentos**

Divulgação dos resultados de monitoramento do II TC para redução do sódio em alimentos processados e realização do Seminário Nacional sobre a Redução do Consumo de Açúcar pela População Brasileira.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Dentre os principais desafios que a reformulação de alimentos processados abarca, têm-se: as dificuldades, por parte do setor produtivo quanto aos aspectos sensoriais e tecnológicos dos produtos, a definição das categorias prioritárias de alimentos e o aprimoramento da rotulagem nutricional dos alimentos. No âmbito governamental, destacam-se as dificuldades de monitoramento laboratorial do perfil nutricional dos alimentos processados com representatividade nacional por parte da rede de Vigilâncias Sanitárias e laboratórios oficiais, bem como a necessidade de conhecimentos mais aprofundados sobre a tecnologia de alimentos para melhor subsidiar as discussões com o setor produtivo. Em resposta a estas dificuldades, têm sido avaliadas alternativas de monitoramento laboratorial junto com a Anvisa, assim como têm sido estreitadas relação de parceria com universidades com expertise em ciências de alimentos enquanto se busca o reforço ao corpo técnico da CGAN com profissionais com formação e experiência nesta área de conhecimento.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Setor produtivo de alimentos (Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação – Abia) e esferas no governo no que tange ao avanço nas diferentes estratégias para redução do consumo de sódio, gorduras e açúcar pela população.

- **Perspectivas para 2016**

Para 2016, as perspectivas de ações, no âmbito da reformulação de alimentos para redução dos teores de sódio, gorduras e açúcar, consistem na repactuação de metas para categorias de alimentos já monitoradas, continuidade do monitoramento dos Termos de Compromisso para redução do sódio em alimentos processados e divulgação de seus resultados, monitoramento do teor de gordura trans e continuidade da discussão para elaboração do Plano Nacional de Redução do Consumo de Açúcar.

8

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

O PSE é estruturado e gerido, de forma intersetorial, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Desde 2010, no Ministério da Saúde, o Programa está sob a gestão da CGAN/DAB/SAS. No Ministério da Educação, desde 2011, o Programa Saúde na Escola está alocado na Secretaria de Educação Básica (SEB).

Existem vários programas do Governo Federal que estão associados ao PSE na execução, planejamento ou capacitação ou que utilizam o Programa Saúde na Escola para serem operacionalizados: Ação Brasil Carinhoso/Plano Brasil sem Miséria; Plano Juventude Viva e Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS).

O PSE é reconhecido como um programa estratégico, em nível nacional, pois trabalha a promoção da saúde à medida que integra as equipes das unidades básicas de saúde e das escolas para construção de ações coordenadas no território onde atuam. Também é visto como uma importante contribuição tanto para construção de territórios educativos quanto para potencialização da atenção básica à saúde no seu território adscrito.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

O ano de 2015 exigiu esforços e dedicação da equipe técnica do PSE em função da demanda pela reestruturação do Programa, aspecto que vinha sendo trazida pelos municípios e estados e sentida também pela equipe gestora do Programa no âmbito federal. Nesse sentido, as principais atividades desenvolvidas no exercício forma:

- Reuniões com o coletivo técnico do PSE, com o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e videoconferências com os Grupos de Trabalho Intersetoriais do PSE dos estados e capitais com o objetivo de levantar os principais entraves do Programa e as suas fragilidades do programa. Em sequência, foi construída uma proposta de reestruturação do PSE, validada pelos gestores estaduais do PSE e apresentada ao Gabinete da SAS;
- Organização e divulgação da semana saúde na escola 2015;
- Revisão do “Guia de sugestão de atividades para a Semana Saúde na Escola”;
- Apoio ao desenvolvimento dos sistemas de informação: SIMEC e e-SUS AB;

- Apoio técnico aos Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais (GTIEs) e Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTIMs) para o desenvolvimento das ações do programa;
- Organização e participação de oficinas do Plano Juventude Viva;
- Participação no Projeto Fiocruz “Participação e Dinamização Juvenil no Programa Saúde na Escola - PSE: implementação e acompanhamento da Educação entre Pares no componente 2”;
- Aplicação do Curso de Aperfeiçoamento para Planejamento e Atuação Intersetorial em Promoção da Saúde na Escola;
- Contribuição na elaboração da Política Nacional de Saúde da Criança e do curso EAD de desenvolvimento infantil;
- Revisão do instrumento de avaliação externa do PMAQ e o AMAQ;
- Articulação de parceria com o MDS;
- Elaboração de instrumentos legais:
 - » Portaria nº 798, de 17/06/2015 que redefine a semana de mobilização saúde na escola;
 - » Portaria nº 1067, de 23/07/2015 que define municípios com adesão ao PSE em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% do teto de recursos financeiros pactuados em termo de compromisso;
 - » Portaria nº 1260, de 27/08/2015 que habilita municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao PSE 2013;
 - » Portaria nº 1337, de 08/09/2015 que habilita municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos à semana anual de mobilização saúde na escola 2014;
- Participação no comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Visita à Cabo Verde para participação de reunião sobre Escolas Promotoras de Saúde.
- Realização de vídeo conferências com os Grupos de Trabalho Intersetoriais estaduais do PSE para tratar sobre a reestruturação do programa;

Como resultados a serem destacados, não houve processo de adesão em 2015, tendo sido ampliado o ciclo 2014, com os seguintes dados de adesão:

Tabela 12 – Adesão do Programa Saúde na Escola 2014/2015

ADESÃO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA 2014/2015			
MUNICÍPIOS	EDUCANDOS	ESCOLAS	EQUIPES AB
4.787	18.313.214	78.934	32.317

Fonte: CGAN, 2015.

Nesse sentido, a meta “Programa Saúde na Escola ampliado para creches e pré-escolas de 100% dos municípios que aderirem ao programa” estipulada no PPA 2011-2015, foi alcançada com a implantação do PSE em 70% dos municípios. Na elaboração do PPA 2016-2019 estabeleceu-se a meta de aumentar para 20.691.000 o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

- **Principais investimentos**

Custeio de visitas técnicas aos Estados

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

As principais dificuldades encontradas no ano de 2015

- Fragilização na gestão intersetorial do Programa pela ausência de equipe de referência no Ministério da Educação e, conseqüente rompimento da articulação interministerial, o que comprometeu a produção e a divulgação de informações, o monitoramento e a articulação

com os Grupos de Trabalho Intersetorial dos estados. Para superar essa dificuldade, foram realizadas reuniões com a equipe técnica do Ministério da Educação, sobre a reestruturação do programa.

- Dificuldade em monitorar o registro de ações, pois o e-SUS não emite relatórios e na utilização de dois sistemas de informação (e-SUS e SIMEC) para registro das ações realizadas pelos municípios. Para superar as dificuldades relativas aos sistemas de informação e monitoramento, a equipe técnica tem participado da discussão sobre os relatórios do e-SUS no Departamento de Atenção Básica/MS.

Os principais desafios que se impõem para a gestão do PSE:

- Qualificar as ações do Programa nos territórios;
 - Implementar a formação intersetorial;
 - Definir o quantitativo exato de municípios habilitados ao recebimento dos 80% restantes ao processo de adesão ao PSE e calcular o percentual alcançado em cada meta, devido problemas de registro e extração das informações nos dois sistemas definidos para tal fim: e-SUS e SIMEC.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Iniciativas que o PSE apoia: Programa Brasil Carinhoso, Plano Juventude Viva, BPC na escola; e Agenda Proteger e Cuidar de Adolescentes na Atenção Básica;
 - Internos: Coordenação de Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência e CGDANT/SVS;
 - MEC;
 - MDS;
 - OPAS;
 - FIOCRUZ
 - **Perspectivas para 2016**
 - Consolidar o trabalho intersetorial.
 - Ampliar o número de municípios participantes do Programa, bem como o número de estudantes pactuados;
 - Ampliar a quantidade de municípios participantes da Semana Saúde na Escola e qualificar as ações do PSE nessa ação;
 - Fortalecer os GTIs (estaduais e municipais), promovendo ações de formação intersetorial.

9

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2011, como uma estratégia de promoção da saúde e de produção do cuidado no âmbito da Atenção Básica. Tem como finalidade promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o Programa dispõe da implantação de polos, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Seu objetivo estratégico – considerando o perfil epidemiológico atual no Brasil – é reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. O Brasil apresenta um quadro epidemiológico com expressividade no que tange às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente as doenças circulatórias, como principal causa da morbimortalidade da população. Sabe-se que fatores de risco, como tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação inadequada contribuem para o desenvolvimento dessas doenças. Programas que envolvam serviços, atividades e ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde são oportunos de serem desenvolvidos visando à atenção à saúde de indivíduos e coletivos SUS.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Considerando o caráter complementar entre as ações do Programa Academia da Saúde e as ações da atenção básica, que alcança atualmente cobertura de 70% da população, há uma alta potencialidade da expansão e do fortalecimento do Programa.

Até o final de 2015, 2.695 municípios implantaram o Programa, com a inclusão de 3.781 polos nas seguintes fases:

Tabela 13 – Polos do programa academia da saúde, de acordo com ano

Ano de habilitação	Polos similares habilitados	Etapas da implantação pelo componente de obra				Financiamento	
		Polos habilitados	Obras em ação preparatória	Obras iniciadas	Obras concluídas	Valor empenhado	Valor pago
2011	155	2132	344	591	1197	R\$ 296.280.000,00	R\$ 234.824.000,00
2012	0	682	146	207	329	R\$ 77.620.000,00	R\$ 56.004.000,00

Continua

Conclusão

Ano de habilitação	Polos similares habilitados	Etapas da implantação pelo componente de obra				Financiamento	
		Polos habilitados	Obras em ação preparatória	Obras iniciadas	Obras concluídas	Valor empenhado	Valor pago
2013	0	854	365	452	37	R\$ 100.780.000,00	R\$ 43.320.000,00
2014	295	69	66	1	0	R\$ 7.400.000,00	R\$ 1.444.000,00
2015	0	44	0	0	0	R\$ 4.940.000,00	R\$ 0,00
TOTAL	450	3781	921	1251	1563	R\$ 487.020.000,00	R\$ 335.592.000,00

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Com base nessas informações, a meta PPA (2012-2015) de implantar 4 mil polos do Programa Academia da Saúde foi alcançada. Na elaboração do PPA 2016-2019, definiu-se como meta “Custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde”.

O valor estimado para o programa, no orçamento de 2016 foi R\$38.454.751,80, para financiamento de 1.337 polos custeados.

Ao longo de 2015, a equipe do Programa Academia da Saúde desenvolveu suas atividades considerando três eixos principais:

A. Construção e custeio de polos

- **SISMOB:** ao longo de 2015, houve avanços no sistema e na participação no Grupo de Trabalho do SISMOB 2.0. Nova funcionalidade no SISMOB possibilita que propostas habilitadas em 2011 e 2012, acompanhadas por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), possam também ser monitoradas por meio desse Sistema, com inserção de informações sobre as propostas, percentuais de execução de obra e fotos.
- **SAIPS:** em relação a este sistema, a equipe do Programa assumiu a análise e emissão de pareceres de solicitações de custeio. Houve significativa melhora na análise e emissão desses pareceres. Além disso, cumpriu-se as seguintes atividades:
 - » Elaboração e envio GAB/SAS uma nota técnica sobre os ajustes necessários no SAIPS para melhorar as análises e pareceres. Contudo, não houve retorno do Gabinete da SAS para discuti-la. Necessário que se tenha retorno sobre os motivos que explicam o não retorno ou a nãoadoção das recomendações a fim de que se disponha de informações para seu realinhamento, se oportuno. Também é necessário articulação com a ASSJUR/SAS para construir pareceres a serem incluídos nas análises do SAIPS quando da falta de correspondência da obra do polo com a portaria e outras questões;
 - » Participação ativa da equipe no GT terminologia dos SCNES. Em 2014, foi publicada a portaria nº 810 (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0810_08_05_2014.html>), que criou o GT de Revisão das Terminologias de Tipos de Estabelecimentos de Saúde. Segundo esta portaria, é objetivo geral do GT discutir e apresentar proposta para revisão das terminologias utilizadas para identificar os tipos de Estabelecimentos de Saúde e suas respectivas conceituações, buscando padronizar os conceitos existentes, considerando não somente as políticas nacionais, mas também as realidades locais.
- **Polos similares:** redefinição de regras para solicitação de custeio, com incorporação na minuta de portaria que altera e revogação da Portaria nº 2684/2013.

B. Apoio técnico aos estados e Municípios

Ao longo de 2015, a equipe técnica trabalhou intensamente no apoio técnico a estados e município por telefone, e-mail e presencialmente (recebendo parlamentares, gestores e técnicos). Houve pouca participação direta nos estados e municípios. Foram realizadas, também, imersões nos municípios de Santa Rosa/RS e Nova Olinda/CE para conhecer e vivenciar o desenvolvimento do Programa in loco. Além de realizada participação em seminários estaduais do Programa em Rondônia e Santa Catarina.

A necessidade de fornecer aporte para os apoiadores do DAB; de unificar o apoio com a CGDANT e participar das videoconferências da SVS sobre o monitoramento, via FormSUS são atividades e estratégias que contribuirão para a gestão do Programa.

C. Formação

No ano de 2015, foi iniciada a elaboração do Caderno de Gestão do Programa Academia da Saúde, material que será utilizado no processo de formação de gestores e técnicos do Programa em nível estadual e municipal, e de apoio à implantação e implementação. Além disso, foi disponibilizado o curso de Educação à Distância de Promoção Saúde com foco no Programa Academia da Saúde.

• Principais investimentos

O aporte financeiro do Programa Academia da Saúde é direcionado ao incentivo de investimento para construção dos polos e ao incentivo de custeio para a manutenção do Programa.

Quanto ao primeiro, dos R\$ 487.020.000,00 empenhados desde 2011, foram repassados R\$ 335.592.000,00 correspondentes aos pagamentos de uma ou mais parcela das propostas habilitadas desde 2011, após o cumprimento dos critérios para cada repasse pelo ente federado.⁶ Em 2015 foram repassados R\$ 36.928.000,00.

Em relação ao custeio, dos 568 polos recebendo recurso para esse fim (similares e construídos), há 326 polos recebendo custeio pela SAS, que são polos que estão em municípios que possuem NASF implantado. O valor acumulado pago em 2015 foi de R\$ 8.286.000,00.⁷

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

Uma dificuldade importante para a gestão do programa, em 2015, foi atraso dos repasses de investimento e custeio pelo FNS; certamente, foi uma barreira na implantação do Programa. Além disso, podem-se destacar outros desafios:

- Não publicação da portaria que substituirá a Portaria nº 2.684/2013: a publicação impactaria positivamente na solicitação e análise de custeio e na análise das propostas de construção no SISMOB.
- Construção dos polos – a média de conclusão da obra é de dois anos, o que atrasa a implantação e ampliação do Programa.
- Acompanhamento da construção dos polos fragmentado em dois sistemas – FNS (propostas de 2011 e 2012) e SISMOB (propostas de 2013 em diante). A falta de sincronização das informações do FNS com as do SISMOB não permite que equipe do Programa use apenas o relatório do SISMOB para monitorar as obras (similarmente ao que ocorre para as UBS), é preciso gerar relatório dos dois sistemas e, posteriormente, cruzar as informações, o que amplia a probabilidade de erro e a demanda de tempo.

⁶ SISPAG/FNS, dez/2015.

⁷ Sala de Apoio à Gestão Estratégica, bloco da atenção básica, em 15/01/2016.

- E-SUS/AB não permite emissão de relatório para o acompanhamento da cobertura das ações, apenas do envio ou não das fichas. A falta de informações mais detalhadas do que vem sendo desenvolvido pelos polos e profissionais do Programa não permite o processo de avaliação e análise de dados para (re)planejamento junto a estados e municípios.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - Internas: SAS/DAB/CGAN e SVS/CGDANT
 - Estados e municípios
- **Perspectivas para 2016**
 - Publicação da portaria que substituirá a Portaria nº 2.684/2013, que simplificará e unificará o processo de solicitação e análise do incentivo de custeio, ficando a cargo apenas da SAS essa responsabilidade; além disso, essa portaria irá rever questões quanto à similaridade e estrutura física do polo.
 - Custear 1.337 polos (R\$ 38 milhões) – continuar estratégias de mobilização dos municípios para avançar nas construções e solicitação do incentivo de custeio.
 - Formação das Secretarias Estaduais de Saúde e regionais de saúde para aprimorar a gestão do Programa nos estados e municípios.
 - Qualificar o apoio a estados e municípios na implantação e implementação do Programa, tanto por visitas técnicas quanto pelos canais de comunicação (telefone, e-mail, site); e o monitoramento via FormSUS e PMAQ.

10 GESTÃO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF), gerido pelo MDS, é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do benefício financeiro está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social. Criado pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004, o Programa apresenta entre seus objetivos a promoção do acesso à rede de serviços públicos, o combate à fome e a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.

As condicionalidades de saúde do PBF, compreendidas pelo acompanhamento da imunização, do crescimento e do desenvolvimento de crianças menores de 7 anos de idade e da assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, reforçam o direito à saúde às famílias beneficiárias e auxiliam na ruptura do ciclo intergeracional de pobreza, que potencialmente propiciam o combate à pobreza futura, por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano.

As famílias que possuem acompanhamento pelo serviço de saúde obrigatório são aquelas que possuem em sua composição crianças menores de sete anos de idade e mulheres entre 14-44 anos (para a identificação de gestantes).

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

O Objetivo Estratégico 16 do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2012-2015 (Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país), incorpora uma Estratégia 2 - Ampliação do Acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica, que relaciona dois resultados relacionados ao PBF

- Resultado 2 - 50% da estimativa de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) identificadas pela Atenção Básica à Saúde em 2014 para concessão do Benefício Variável de Gestante (BVG).
- Resultado 5 - Acesso ampliado por meio do acompanhamento das condicionalidades de saúde às ações básicas (pré-natal, imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) para 73% das famílias beneficiárias do programa bolsa família.

Ambos os resultados foram atingidos em 2015: o “Resultado 2”, desde a 2ª vigência de 2015, com 50,4% das gestantes estimadas localizadas e acompanhadas nas condicionalidades de saúde do Programa; e o “Resultado 5” desde a 2ª vigência de 2012, com o acompanhamento de mais de 73% das famílias beneficiárias.

Na **Tabela 14** são apresentados os resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde em 2015:

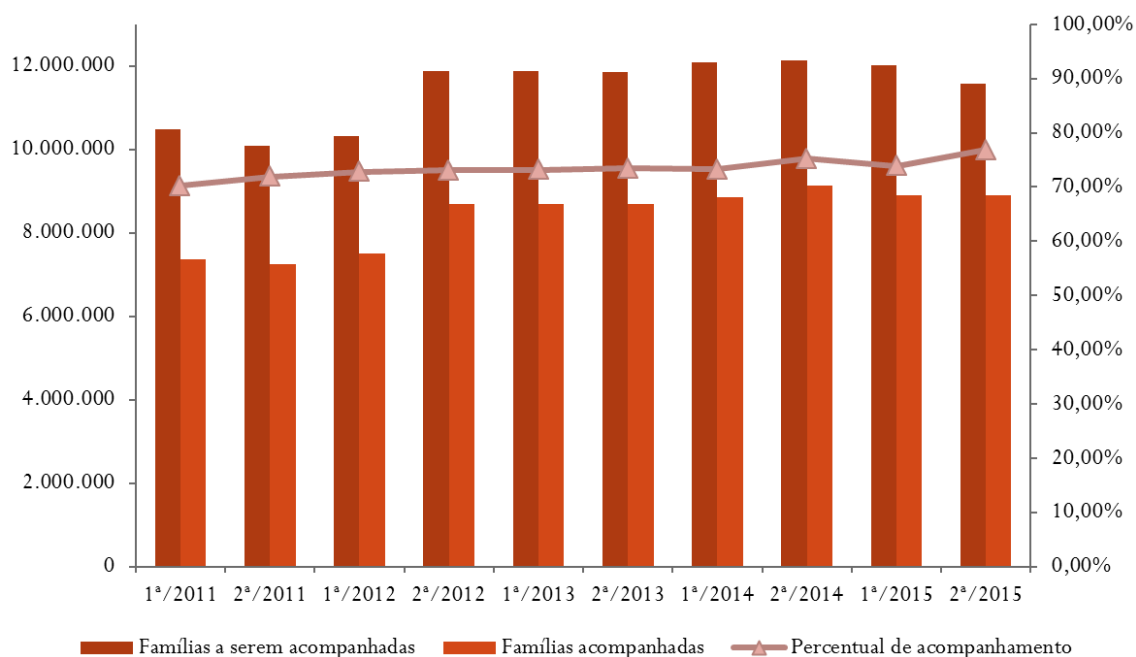
Tabela 14 – Resultados do acompanhamento das condicionalidades de saúde nas 1ª e 2ª vigências de 2015

	1ª vigência de 2015	2ª vigência de 2015
Total de famílias a serem acompanhadas	12.028.496	11.582.117
Total de famílias acompanhadas e cobertura	8.889.141 (73,9%)	8.895.725 (76,81%)
Total de crianças menores de 7 anos acompanhadas e cobertura	5.509.186 (72,9%)	5.425.411 (75,6%)
Percentual de crianças com vacinação em dia	99,1%	99,1%
Percentual de crianças com dados nutricionais coletados	84,7%	84,0%
Total de gestantes identificadas e cobertura (sob a estimativa)	234.286 (47,95%)	246.442 (50,4%)
Percentual de gestantes realizando pré-natal	99,2%	99,3%
Percentual de gestantes com dados nutricionais coletados	89,3%	88,4%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

A **Figura 10** apresenta a evolução do desempenho do PBF, ao longo dos últimos quatro anos:

Figura 10 – Evolução do desempenho do PBF, de 2011 a 2015



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2016.

Dentre as atividades desenvolvidas em 2015 de apoio aos estados e municípios no que se refere ao acompanhamento das condicionalidades de saúde:

- **Apoio à formação**

- » Oferta do Curso modalidade EAD do Programa Bolsa Família na Saúde (Plataforma Universus): destinado aos profissionais que atuam nos municípios e estados. Em 2015 foram ofertadas 10 turmas, totalizando 3.727 alunos inscritos; destes, 2.263 realizaram a avaliação final (60,7%), e 1.872 formam aprovados (82,7%);
- » Realização de 5 oficinas de Capacitação do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, em Brasília (laboratório de informática da Fiocruz/Brasília), com as referências estaduais e municípios indicados pelos estados. O objetivo das oficinas era apresentar o sistema e ressaltar o papel da Atenção Básica na captação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família para elegibilidade ao recebimento do BVG. Participaram dessas oficinas 88 profissionais do setor saúde.
- » Oferta do Curso de autoaprendizagem do PBF “Matriz de Interfaces do Programa Bolsa Família na Saúde”, disponível gratuitamente na Rede Nutri (<<http://ecos-redenutri.bvs.br/>>).

- **Apoio institucional a estados e municípios e outras ações de articulação com parceiros**

- » Oficina de trabalho com municípios de sistema próprio para acompanhamento das condicionalidades do PBF (Goiânia, Campo Grande, Vitória, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Ipatinga, Florianópolis e Curitiba), com o objetivo de discutir e pactuar estratégias para qualificação da gestão de informações do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF nos municípios que possuem sistema próprio de informação.
- » Reunião in loco com estados, capitais e regiões metropolitanas para tratar dos desafios e potencialidades do acompanhamento das condicionalidades do PBF. Estados visitados: Distrito Federal, Ceará, Bahia, Pernambuco, Espírito Santo, Rio Grande do Sul.
- » Participação em quatro oficinas regionais (N, NE CO, SE-S) de trabalho regional intersetorial do Programa Bolsa Família, organizadas pelo MDS, que reuniram técnicos e Coordenadores Estaduais do Programa Bolsa Família (saúde, educação e assistência social) e do Cadastro Único. O objetivo das oficinas foi construir agendas de trabalho integradas com base em estratégia de atuação em rede.
- » Discussão sobre os desafios e perspectivas do PBF e reflexão sobre acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na atenção básica por ocasião do XIII Encontro Nacional da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS, realizado no período de 19 a 20/08/15, em Brasília. Participamos coordenadores estaduais e municipais (dos municípios que recebem o Fundo de Alimentação e Nutrição).
- » Apoio técnico da CGAN nas oficinas estaduais do PBF na Saúde promovidas pelas Referências estaduais de Alimentação e Nutrição: Goiás, Ceará, Santa Catarina, Acre, Tocantins, Mato Grosso, e Roraima
- » Desenvolvimento do BI (Business Intelligence) do Programa Bolsa Família com vistas a apoiar a disseminação de informações de saúde. Previsão de disponibilização a partir de fevereiro/2016.

- **Principais investimentos**

Não há previsão orçamentária específica no orçamento da CGAN, cabendo ao MDS a gestão orçamentária do PBF. Também o recurso financeiro destinado ao Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde é repassado diretamente do Ministério da Saúde à CTIS (empresa que presta serviço ao DataSUS).

Os investimentos são os necessários para viabilizar o apoio técnico aos estados e municípios, como passagens e diárias da equipe técnica, para participação em reuniões capacitações, oficinas e eventos relacionados ao PBF, além da oferta de cursos de formação e capacitação.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

- Os principais desafios para a gestão do PBF, em particular, para o acompanhamento das condicionalidades de saúde são:
 - Busca ativa das famílias e beneficiários não acompanhadas;
 - Busca ativa das gestantes beneficiárias para elegibilidade quanto ao BVG;
 - Reforçar ações de vigilância nutricional das famílias beneficiárias;
 - Garantir o Aconselhamento Nutricional nos casos de agravo nutricional identificado;
 - Garantir a ações de prevenção de deficiências nutricionais às crianças e gestantes beneficiárias do programa;
 - Estabelecer ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na rotina do acompanhamento das condicionalidades;
 - Reforçar a atuação dos profissionais e equipes da Atenção Básica pelo cuidado de gestantes e crianças do PBF;

Algumas das estratégias adotadas para a superação dos desafios são as ofertas de cursos de formação e atualização, modalidade EaD, oficinas de trabalho com estados e municípios, comunicação sistemática - via e-mail, telefone, Ouvidoria - para orientação dos gestores estaduais e municipais do PBF.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas, quando se aplicar**

- Secretaria Nacional de Renda e Cidadania/Departamento de Condicionalidades/Coordenação Geral de Acompanhamento das Condicionalidades/Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome.
- Ministério da Educação.
- DATASUS
- Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB/SAS).

- **Perspectivas para 2016**

Apesar do alcance da meta nacional pactuada em 73%, há ainda importantes desafios e perspectivas para a gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no âmbito do SUS, entre esses:

- Ampliar a cobertura do Acompanhamento: cerca 23% das famílias a serem acompanhadas não têm registro de acompanhamento no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Há que ser investigado se essas famílias de fato não tiveram acesso às ações e serviços básicos de saúde ou se é um problema informacional no registro desta informação no sistema.
- Reforçar o compromisso dos gestores do SUS, nos estados e municípios, com a agenda por meio da pactuação de indicadores nos instrumentos de gestão do SUS e outros de caráter intergovernamental, como: Pacto de Gestão do SUS; Programa de Melhoria e Acesso a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), Plano Nacional de Saúde 2016-2019; Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde.
- Ampliar e consolidar a integração do sistema de acompanhamento das Condicionalidades com o e-SUS-AB: ao final da 1ª vigência de 2015, ocorreu a incorporação e integração

da base de dados do e-SUS com o Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Ao final dessa vigência, foram importados 40.733 registros de beneficiários do PBF acompanhados na rotina da atenção básica por meio do e-SUS AB. Na 2ª vigência de 2015, 211.881 acompanhamentos foram importados, tendo sido identificadas 20.386 gestantes por meio da integração com o e-SUS AB.

- Rever a periodicidade do acompanhamento das crianças beneficiárias para adequá-la ao calendário de frequência de consultas e de vacinação por faixa etária preconizado pelo Ministério da Saúde:
 - » Acompanhamento semestral até o 2º ano de vida (24 meses); e
 - » Acompanhamento anual (próximo ao mês de aniversário) a partir do 2º ano de vida.
- Ampliar a identificação de gestantes do PBF pelos serviços de saúde municipais, de maneira a inseri-las nas consultas de pré-natal e com vistas a possibilitar a concessão do Benefício Variável à Gestante (BVG).
- Realizar estudo de viabilidade do cálculo de cobertura individualizada das condicionalidades da saúde (a ser efetuado sobre o número de crianças e gestantes acompanhadas - e não somente do número de famílias acompanhadas). Atualmente, o cálculo é feito sobre o número de famílias acompanhadas e não sobre o número de indivíduos.
- Fortalecer a interlocução interfederativa do Programa por meio do reestabelecimento do Fórum Intergovernamental e Intersectorial de Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família.
- Implementar rotina de análise pós coleta de dados com vistas a intensificar e incentivar o uso das informações geradas no acompanhamento das famílias pela gestão municipal do programa;
- Ampliar o debate entre as redes de saúde, socioassistencial, de educação e de segurança alimentar e nutricional, a respeito das informações coletadas no acompanhamento das condicionalidades de saúde com vistas a identificar vulnerabilidades durante o acompanhamento e oportunizar o encaminhamento aos serviços de referência socioassistenciais.

11

PESQUISA, INOVAÇÃO E CONHECIMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

11.1 Inquéritos Populacionais

Em relação aos inquéritos populacionais, destacam-se medidas de apoio à realização regular e contínua de pesquisas que englobam o perfil alimentar e nutricional da população brasileira, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS).

• Atividades desenvolvidas

- **PNDS:** A CGAN protagonizou a retomada das discussões sobre a PNDS em 2015, processo conduzido pela SCTIE. Nas discussões priorizou-se a manutenção dos itens presentes no inquérito de 2006, como o módulo de avaliação das carências de micronutrientes (Ferro e Vitamina A), assim como a dos marcadores de consumo alimentar para crianças (com a devida revisão do questionário relativo ao aleitamento materno e à alimentação complementar) e a possibilidade de ampliação da antropometria para também incorporar crianças maiores de 5 anos e adolescentes (cujos últimos dados populacionais foram obtidos na POF 2008-2009, mas que não devem ser mantidos na POF 2016-2017).
- **PNS:** Representação na apresentação e discussão dos resultados da PNS, coordenadas pela SVS, particularmente em temas como antropometria, hipertensão arterial e marcadores de consumo alimentar, somando esforços para ampla divulgação dos mesmos e buscando a utilização dos dados mais recentes para subsidiar as ações e programas de alimentação e nutrição. Outros dados de interesse, oriundos das análises laboratoriais, ainda trarão importantes informações sobre glicemia, perfil lipídico e ingestão de sódio e iodo, porém dificuldades nas coletas e análises de material biológico provocaram atrasos na divulgação destes dados, agora prevista para 2016. A PNS foi a primeira pesquisa nacional em que se avaliou diretamente a ingestão de sódio pela população brasileira, até então baseada em estimativas de aquisição e consumo de alimentos a partir da POF.
- **PeNSE:** esta pesquisa iniciou suas atividades em campo em 2015, após diversas reuniões com discussão sobre os marcadores de consumo alimentar prioritários que estariam sendo investigados. Em relação à POF, que até sua última edição realizava a antropometria de todas as fases do curso da vida e a avaliação do consumo alimentar da população com mais 10 anos ou mais, acordou-se que permaneceria na mesma; somente o consumo, sendo realizado de forma contínua quando essa forma de avaliação em campo estiver implementada pelo IBGE.

- **Principais investimentos**

O investimento financeiro inicialmente previsto (no valor total de R\$ 294.250,00), em 2015, para os inquéritos populacionais referia-se à aquisição de equipamentos antropométricos para a avaliação do estado nutricional da população brasileira na POF (balanças, estadiômetros e infantômetros) e possível apoio financeiro à realização do módulo (repasso ao IBGE). Contudo, com o novo adiamento da POF (cujo início de campo era originalmente previsto para 2015) e a simultaneidade mudança de avaliação antropométrica da POF para a PNDS (que estarão em campo em 2016), não houve apoio financeiro para na aquisição de equipamentos antropométricos ou repasse ao IBGE, conforme o planejamento inicial.

Apesar de não ter havido investimentos diretos para as atividades até então previstas, foi dada continuidade à Ata de Registro de Preços, por meio da qual será adquirida parte dos equipamentos a ser utilizados na antropometria da PNDS.

A aplicação de questionários da PNS foi realizada ao longo de 2014, em 2015 houve conclusão da coleta de material biológico. A divulgação dos resultados antropométricos e oriundos dos questionários foi realizada em 2015. A PNS foi a primeira pesquisa nacional em que se avaliou diretamente a ingestão de sódio pela população brasileira, até então baseada em estimativas de aquisição e consumo de alimentos a partir da POF. Além disso, permitirá a avaliação concomitante da ingestão de iodo na população adulta, contribuindo para a harmonização das políticas de redução do sódio e de fortificação do sal para a prevenção e controle de deficiências de iodo. Aguarda-se a divulgação dos dados obtidos a partir da coleta de material biológico para 2016.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Com a execução da PNDS sendo assumida pelo IBGE, durante a definição inicial dos módulos a serem mantidos e retirados da pesquisa, houve a negativa do instituto e de especialistas, que haviam participado do inquérito anterior (2006), em realizar a coleta de material biológico necessária para o módulo de avaliação da prevalência da carência de micronutrientes. O instituto atribuiu a negativa às dificuldades logísticas para a coleta, armazenamento e transporte destes materiais em um grande inquérito como este, reforçados pelos problemas nas experiências da PNDS 2006 e na PNS 2013. Apesar disso, a CGAN reforçou em todo o processo a relevância epidemiológica dos dados sobre carências, particularmente anemia e hipovitaminose A, bem como a necessidade dessas informações para a orientação das estratégias nacionais de prevenção e controle destas carências.

Diante do longo período sem a realização de estudos de abrangência nacional (10 anos) que tivessem investigado as carências de micronutrientes, tornou-se um grande desafio para a CGAN obter tais dados para avaliação e subsídio das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para prevenção e controle e qualificação da gestão dos programas e estratégias de intervenção.

Para a superação desse desafio, foram iniciadas discussões paralelas, em conjunto com parceiros como SAGI/MDS e SCTIE/MS, além de consultas a pesquisadores especialistas na temática, para o levantamento de alternativas. Essas discussões serão retomadas em 2016, na forma de um seminário nacional, que deve trazer subsídios para o novo estudo nacional e possibilitar a articulação e compromisso de áreas de governo (CGAN, MDS, DECIT/SCTIE), instituições de pesquisa e especialistas.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

A CGAN é parceira do IBGE, SCTIE e SVS em todos os inquéritos cujos escopos englobam temas relacionados à alimentação e nutrição, colaborando técnica e financeiramente na condução

desses estudos. Os dados fornecidos integram a VAN ampliada e colaboram para o monitoramento contínuo da alimentação e nutrição da população brasileira, subsidiando a criação e a avaliação de políticas relacionadas.

- **Perspectivas para 2016**

Em 2016, está revisto o início dos trabalhos de campo da PNDS, incorporando a avaliação antropométrica de crianças e adolescentes, assim como a de marcadores de consumo alimentar das crianças. Pretende-se ainda evoluir na discussão de estratégias alternativas para a avaliação nacional da prevalência das carências de micronutrientes em crianças.

11.2 Estudos e Pesquisas Relacionadas à VAN

No campo de estudos e pesquisas relacionadas à VAN, destacam-se duas pesquisas:

- **A Pesquisa Nacional para Avaliação do Impacto da Iodação do Sal (PNAISAL)**

Tem o propósito de avaliar a nutrição de iodo na população brasileira e avaliar o nível de adequação da iodação do sal para prevenção e controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (DDI). Essa pesquisa corresponde a uma iniciativa para avaliar aproximadamente 20 mil escolares com idade entre seis e 14 anos, provenientes de colégios públicos e particulares em cada um dos estados brasileiros e Distrito Federal.

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado em duas etapas: a primeira ocorreu entre março de 2008 e dezembro de 2009 e incluiu 18 estados da federação e o Distrito Federal; a segunda ocorreu entre fevereiro de 2013 e agosto de 2014, e incluiu os estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Amapá, Roraima, Amazonas Acre e Rondônia. Nessa última etapa, houve a aplicação dos questionários e a coleta de amostras de sal e de urina.

Em 2015 foram divulgados os dados preliminares da PNAISAL apontando para o excesso de iodo na urina de escolares. Aguardam-se para 2016 os resultados oficiais para ampliar as informações de monitoramento a avaliação da estratégia de fortificação do sal com iodo no país.

- **Pesquisa de Avaliação da Prevalência de Hipovitaminose A e Anemia em Crianças Menores de Cinco Anos na Região Sul do Brasil**

Surgiu da necessidade de estimar os níveis séricos de retinol (vitamina A) e a prevalência de anemia em crianças com idade entre 12 a 59 meses completos, em virtude da insuficiência de dados consensuais quanto à prevalência dessas deficiências nutricionais e da demanda dos gestores da área de saúde dos estados envolvidos para que esse diagnóstico pudesse subsidiar o melhor direcionamento das políticas públicas de alimentação e nutrição, sobretudo da suplementação de vitamina A para nutrizes e crianças.

Para isso foi conduzido um estudo multicêntrico com delineamento transversal, realizado em 48 municípios integrantes do Plano “Brasil Sem Miséria” e distribuídos equitativamente nos três estados do Sul do Brasil: Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. O estudo foi conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (coordenação científica), Universidade Federal de Santa Catarina (coordenação executiva) e Universidade Federal do Paraná. A população investigada foi composta por 1575 crianças, com idade entre 12 e 59 meses, selecionada por intermédio

das Equipes de Atenção Básica de cada município. A coleta de dados foi constituída por amostras de sangue, aferição de peso e altura e aplicação de instrumento estruturado para obtenção de informações sociodemográficas e dados sobre o consumo alimentar das crianças.

Essa pesquisa contou com o financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e sua execução tem supervisão técnico-científica da CGAN e da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS. A pesquisa de campo aconteceu entre dezembro de 2014 e abril de 2015 e espera-se que seus resultados contribuam para a adequação dos programas de suplementação direcionados para esse público.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Com relação a pesquisas relacionadas à avaliação da nutrição de iodo em outros segmentos populacionais vulneráveis, complementarmente à PNAISAL, convém ressaltar que o convênio a ser firmado com a Universidade Federal do Paraná (UFPR) não foi efetivado para a pesquisa multicêntrica de iodúria em gestantes. No tocante à PNAISAL, as análises laboratoriais feitas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) foram concluídas, contudo, o relatório com os resultados finais da pesquisa, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), previsto para dezembro de 2015, necessitou de adiamento, com previsão de divulgação para meados de março de 2016.

No que diz respeito à Pesquisa de Avaliação da Prevalência de Hipovitaminose A e Anemia em Crianças Menores de Cinco Anos na Região Sul do Brasil, em 2015, foram apresentados os resultados preliminares do estudo, bem como recomendações dos pesquisadores envolvidos, importantes para o monitoramento e reavaliação das estratégias de prevenção e controle das carências de micronutrientes implementadas pelo Ministério da Saúde. Foram avaliadas as prevalências de crianças com deficiência de vitamina A e anemia ferropriva, considerando valores iguais ou inferiores a 0,70 µmol/L de retinol e valores abaixo de 11 g/dl para hemoglobina, respectivamente. O estudo aponta prevalências de Hipovitaminose A igual a 2,3% no Estado do Paraná, 17,4% Santa Catarina e 5,2% no Rio Grande do Sul. Os dados indicando anemia foram de 5,4% no Paraná, 4,2% em Santa Catarina e 5,0% no Rio Grande do Sul. Esses resultados evidenciam que a prevalência de hipovitaminose A é considerado leve (<10%) e que a prevalência de anemia nesta população está nos limites da normalidade (<4,9%), segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além disso, os pesquisadores envolvidos destacam que a ausência de estudos sobre estes desfechos impossibilita a análise da tendência desta situação na população estudada. Ainda, ressaltam que a partir dos dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, percebeu-se intensa redução na prevalência de anemia na Região Sul e que a prevalência de hipovitaminose A média para a Região Sul se manteve constante, sendo de 9,0% na pesquisa anterior e de 7% na pesquisa atual.

- **Principais investimentos**

- **A Pesquisa Nacional para Avaliação do Impacto da Iodação do Sal (PNAISAL):** ao final de 2014 foi firmado convênio no valor de R\$ 200.785,00 com a Universidade Federal de Santa Maria (Laboratório de Química Analítica), com vigência de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, visando realizar as análises laboratoriais das amostras de sal e de urina da segunda fase de campo da PNAISAL.
- **Pesquisa de Avaliação da Prevalência de Hipovitaminose A e Anemia em Crianças Menores de Cinco Anos na Região Sul do Brasil:** o projeto foi financiado por meio de Contrato de Serviços Técnicos de Consultoria N° 001 BR-T 1228 firmado, entre a Fundação de Ensino

e Engenharia de Santa Catarina e Banco Interamericano de Desenvolvimento, não tendo recursos do Ministério da Saúde. O valor total do projeto foi de R\$ 218.000,00, com vigência entre outubro de 2014 e julho de 2015.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Considerando a VAN vista de maneira ampliada, a produção de pesquisas é crucial para preencher lacunas de evidências e informações para as ações, estratégias e programas da PNAN, inclusive com estudos de avaliação econômica e de seu impacto. Dentre os desafios futuros, há de se ter a garantia da realização de pesquisas e estudos específicos em tempo oportuno para reforçar e ampliar a abordagem das políticas baseadas em evidências.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Universidades e esferas de governo no que tange à identificação de carências de micronutrientes para elaboração, monitoramento e avaliação de ações, estratégias e programas baseados na realidade epidemiológica da população.

- **Perspectivas para 2016**

- Divulgação dos resultados das análises com relação à PNAISAL;
- Divulgação dos resultados da Pesquisa sobre Hipovitaminose a e Anemia, na forma de manuscritos a serem submetidos em periódicos nacionais e internacionais, elaborados pelos pesquisadores em parceria com a CGAN, em três temáticas: 1) Prevalência da deficiência de vitamina A em crianças de 12 a 59 meses; 2) Relação entre o Programa Bolsa Família e a prevalência da deficiência de vitamina A em crianças de 12 a 59 meses; e 3) Alimentação complementar em crianças de 12 a 59 meses. Todos eles serão elaborados com base nas informações coletadas nos 48 municípios participantes do plano “Brasil sem Miséria” da Região Sul do Brasil.
- Retomada da proposta da pesquisa de iodúria em gestantes para a avaliação do status da nutrição de iodo em gestantes por trimestre da gestação e considerando possíveis diferenças regionais nessa condição, com vistas a subsidiar as ações voltadas para o controle e prevenção dos DDI neste grupo e suas consequências para as crianças.

12 QUALIFICAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

A Diretriz de qualificação da força de trabalho da PNAN traz orientações a respeito dos processos de formação, educação permanente e continuada e da necessidade de formalização dos vínculos de trabalho e valorização dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda de alimentação e nutrição. Nessa Diretriz destaca-se que a situação alimentar da população brasileira, o estabelecimento das diretrizes nacionais para a organização das Redes de Atenção à Saúde e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional apontam questões estruturantes para o ordenamento da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda de alimentação e nutrição.

Dessa forma, considera-se estratégico pautar a formação a partir do processo de trabalho empreendido no cotidiano das práticas assistenciais do SUS e também as que integram o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN.

Em 2015, a contribuição para a formação e qualificação profissional no âmbito da gestão federal das ações de alimentação e nutrição deu-se nos seguintes aspectos:

12.1 Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde – RedeNutri

A Redenutri constitui-se de uma mídia social composta atualmente por mais de 21 mil usuários. Atualmente a Redenutri está abrigada em um ambiente virtual denominado ‘Espaço Colaborativo’, o ECO Redenutri, que objetiva contribuir para o compartilhamento e disseminação rápida de informações, novos conhecimentos e práticas inovadoras relacionadas à alimentação e nutrição no SUS e às contribuições do setor saúde para a Segurança Alimentar e Nutricional. A Redenutri é um projeto desenvolvido em parceria entre CGAN, Observatório de Práticas de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional – OPSAN/UnB e Organização Pan Americana de Saúde – OPAS e o Espaço Colaborativo é gerido pelo Centro Latino Americano de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS), por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

No ambiente virtual são disponibilizadas diferentes ferramentas tecnológicas: mural de notícias e recados, armazenamento de arquivos, disponibilização de blogs e chat, páginas e documentos colaborativos, biblioteca, casoteca, sessão de perguntas e respostas, fóruns e ciclos de discussão, boletins, agenda, cursos à distância na modalidade de autoaprendizado e calendário de eventos.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Atividades desenvolvidas em 2015 que merecem destaque:

- **Casoteca:** é um acervo virtual de casos didáticos sobre diferentes temas ligados à implantação das diretrizes da PNAN no SUS. Compila e disponibiliza histórias baseada em experiências reais que conduzem o leitor por um conjunto de questões, informações, desafios, escolhas e decisões que o estimulam a refletir sobre seu próprio contexto.
 - » Continuidade da elaboração e seleção de casos sobre **boas práticas de gestão em alimentação e nutrição**; foram selecionados e elaborados levando-se em consideração seis eixos temáticos: atenção nutricional, intersetorialidade, intrasetorialidade, recursos humanos, orçamento e institucionalidade. Tais eixos foram identificados quando da participação da equipe do OPSAN/UnB nos grupos de trabalho e nas plenárias realizadas no XII Encontro da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS, composta por todas as referências técnicas estaduais e municipais e áreas afins de alimentação e nutrição no SUS que recebem incentivo financeiro para implantação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação, promovido pela CGAN/MS em 2013. Os casos produzidos no ano de 2015 são desdobramentos desse processo, já que esses foram sendo elaborados e disponibilizados de forma gradual. Foram elaborados dois novos casos de boas práticas de gestão em alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde.
 - » Seleção de casos sobre **Boas Práticas de Estratégias Curriculares**, com identificação de experiências exitosas de universidades públicas e privadas, visando ao aprimoramento da formação nutricional para atuação de profissionais de nutrição no SUS. As experiências foram selecionadas por meio de convite público para envio de relatos a todas as instituições de ensino superior que tinham cursos de graduação em nutrição. Foram elaborados nove sobre o registro de experiências de formação do nutricionista para o Sistema Único de Saúde, que serão disponibilizados na plataforma em 2016:
 - » Educação permanente como estratégia de reflexão para organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde
 - » Matriciamento pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
 - » A educação interprofissional para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado (UNIFESP)
 - » Práticas problematizadoras e ativas de ensino na comunidade (UFS)
 - » O exercício da interdisciplinaridade no currículo integrado (UNIFOR)
 - » A integração ensino-serviço (UFSC)
 - » Estratégias para integração de conhecimentos (UFMT)
 - » Os serviços de saúde como espaços de ensino-aprendizagem (PUCRS)
 - » A abordagem interdisciplinar e problematizadora para o desenvolvimento da prática crítico-reflexiva (Faculdade São Lucas).
 - » Oficina de trabalho, em julho 2015, para apresentação das experiências selecionadas na chamada pública sobre Boas Práticas de Estratégias Curriculares, com o objetivo de aprofundar as trocas de experiências, destacando temas como integração ensino-serviço que proporcionasse a inserção precoce da atuação profissional na prática durante o curso; a integração de conhecimento entre diferentes áreas, incluindo atividades de ensino, extensão e pesquisa e adoção de metodologias ativas de aprendizagem. Participaram da oficina professores/coordenadores pedagógicos de dez universidades⁸, integrantes de diferentes regiões do país e representatividade pública e privada, além do

⁸ Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Faculdade São Lucas – Rondônia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Centro Universitário de Sete Lagoas (UNIFEMM), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC RS).

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) e da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (Ministério da Saúde). Após a oficina, os dados registrados foram analisados e foi realizada a sistematização das informações, ferramentas, soluções, instrumentos e práticas das experiências pesquisadas, subsidiando a elaboração dos novos casos didáticos e respectivas notas pedagógicas.

- Cursos de autoaprendizado: são ferramentas para aproximação e qualificação sobre temáticas e programas estratégicos da área de alimentação e nutrição. Não possuem finalidade acadêmica e nem têm pretensão de conferir de títulos aos aprendizes. Mas configuram-se com uma importante estratégia de alinhamento e de educação continuada aos diferentes atores que compõe a rede de alimentação e nutrição no SUS. No ano de 2015 foram desenvolvidos os seguintes cursos de autoaprendizado:
 - » Vigilância Alimentar e Nutricional: Contribuições para a organização do cuidado nos serviços de atenção básica à saúde;
 - » Guia Alimentar para a população brasileira: Novos princípios e recomendações;
 - » Introdução à Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

• Principais investimentos

O investimento na Redenutri é feito por meio de repasse de recursos efetivado por meio de Carta Acordo com a UnB, via TC 49 da OPAS. Em 2015, estava previsto para realizar a renovação da Carta Acordo, contudo tendo em vista a necessidade de realocação de recursos dentro do 5º TA do TC 49, a renovação foi adiada para 2016.

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

Em 2015, a Redenutri passou por instabilidades na manutenção de seus serviços, devido a problemas com o servidor da Bireme, chegando a retirada total do funcionamento do site em outubro e novembro. Os principais prejuízos desse fato foram a perda de mais de 13 mil cadastros de profissionais e o atraso no lançamento do Curso de Auto-Aprendizado do guia Alimentar. Como estratégia de Superação, a CGAN, juntamente com o OPSAN e a OPAS insistentemente solicitavam explicações e o retorno do funcionamento do site na íntegra à Bireme.

• Parcerias e principais entidades beneficiadas

- Rede de Alimentação e Nutrição de Estados e municípios, incluídos profissionais do SUS, técnicos em nutrição e outras categorias interessadas na agenda de alimentação e nutrição.
- OPSAN/UnB

• Perspectivas para 2016

- Disponibilização do curso sobre a Gestão da PNAN
- Ampliação da rede cadastrada na Redenutri
- Melhoria na forma de comunicação veiculada pela Redenutri
- Melhoria na plataforma visual do site
- Estabilidade do site.

12.2 Cursos de Pós-Graduação *lato sensu*

A CGAN, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (unidades Rio de Janeiro e Brasília), desenvolve, desde 2011, dois cursos na modalidade de Educação à Distância (EAD): **Gestão da PNAN e Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica**. Ambos com oferta de 400 vagas cada, sendo divididas em duas turmas. As primeiras turmas foram concluídas em agosto/2014.

Em 2015, foi ofertada uma nova turma do curso de **Alimentação e Nutrição na Atenção Básica**, com objetivo qualificar a atuação dos profissionais quanto ao desenvolvimento de ações de Alimentação e Nutrição no âmbito da Atenção Básica, com priorização de nutricionistas atuantes em equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica tradicional. A previsão de encerramento do curso está para final de 2016.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Há atualmente há 187 cursandos – de um total previsto de 200 alunos (evasão de 3,1%, índice muito baixo para cursos nessa modalidade). Em setembro de 2015, a CGAN realizou a aula inaugural do curso, abordando a temática de Atenção Nutricional nas Redes de Atenção à Saúde.

Por enquanto ainda não temos resultados dessa ação, tendo em vista que o curso será finalizado ao final de 2016.

- **Principais investimentos**

As atividades relativas a essa turma de especialização já estavam previstas no Termo de Cooperação nº60 (Processo nº 2500.135432/2010-41), realizado em 2010 com a Fundação Oswaldo Cruz para implementação e avaliação do projeto de formação de recursos humanos para apoiar a implementação da PNAN. O orçamento total do Termo de Cooperação firmado em 2010 foi de R\$ 1.999.887,00.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Tendo em vista que a realização do curso é feita pela Fiocruz no Rio de Janeiro, por vezes, avalia-se que a distância caracteriza-se como um desafio para o acompanhamento das atividades pela CGAN de forma mais próxima. Dessa forma, a equipe CGAN/Fiocruz procura manter ativo o contato via correio eletrônico. Embora exista esse aspecto físico, é importante destacar que a equipe gestora do curso na Fiocruz sempre está disponível para debater e compartilhar informações solicitadas pela equipe da CGAN.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Nutricionistas da Atenção Básica municipal do SUS
- Fiocruz

- **Perspectivas para 2016**

- Aula presencial em junho de 2016, com temática sobre Alimentação e Nutrição como temática transversal para qualificação do cuidado na Atenção Básica.
- Apresentação dos trabalhos de conclusão do curso.
- Avaliação do curso realizada pelos alunos.

12.3 Desenvolvimento de Materiais de Apoio à Qualificação de Processos e Práticas na Rede de Atenção à Saúde

A produção de publicações para orientação das práticas dos profissionais de saúde constitui-se como uma estratégia para apoiar o planejamento e efetivação de ações alinhadas com os princípios e diretrizes das Políticas orientadoras. Esses, quando guiados por um processo de educação permanente em saúde, podem contribuir para a organização do processo de trabalho nas instituições e reordenamento das práticas de cuidado em saúde.

A Estratégia Saúde da Família expandiu-se consideravelmente, passando, em 2011, de uma cobertura de 52,8% a cerca de 70%, em 2015. Desde 2008, o nutricionista foi integrado nesses Nasfs e tem sido um dos profissionais mais presentes na composição das equipes: está presente em 79% do total de equipes implantadas, o que é uma janela de oportunidade para a implantação das ações de alimentação e nutrição.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Em 2015, em consonância com prioridades estratégicas emanadas do DAB, iniciou-se a elaboração de um fascículo sobre a organização da atenção nutricional nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, cujo conteúdo segue alinhado aos resultados da oficina Oficina Sobre Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Organização da Atenção Nutricional no SUS, realizada em 2014 com profissionais do NASF. A oficina teve por objetivo promover a troca de experiências e perspectivas quanto às contribuições dos NASF para a organização da atenção nutricional nas redes de atenção à saúde, visando diagnosticar os principais nós críticos e potencialidades para subsidiar a elaboração de estratégias e materiais de apoio pela CGAN/DAB/SAS/MS. Nessa oficina foram debatidas, especialmente, as habilidades e competências de nutricionistas na atenção básica. A versão do fascículo está sendo construída em parceria com a CGGAB.

Participaram da oficina profissionais nutricionistas atuantes em NASF de municípios das diferentes regiões do país (capitais e municípios do interior), que foram identificados por meio dos trabalhos enviados à III Mostra de Experiências em Alimentação e Nutrição do SUS (realizada pela CGAN em 2012) e por indicação da CGGAB/DAB/SAS, em virtude de visitas aos municípios para conhecer experiências exitosas, e contatos com as Secretarias Estaduais de Saúde. Entre os participantes também estiveram presentes representantes das coordenações do DAB (CGAA, CGAD, CGGAB e Gabinete), além de pesquisadores do campo de alimentação e nutrição do SUS (instituições UERJ e UFS) e áreas que fazem interface com a PNAN, como Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, Coordenação Geral de Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas e da Área Técnica de Saúde do Idoso.

- **Principais investimentos**

O principal investimento nessa ação dá-se pela disponibilidade dos técnicos da CGAN para elaboração do conteúdo do documento.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Na elaboração do material, apesar da experiência pessoal de cada autor e do diálogo estabelecido com profissionais de outros municípios, foi desafiador o processo de pensar estratégias e ferramentas que pudessem se fazer úteis para a superação dos principais entraves encontrados no cotidiano das equipes do NASF, principalmente, considerando-se as diferentes realidades e modelos vivenciados. Além disso, outro aspecto dificultador foi sua descontinuidade, uma vez que sua concepção se deu em 2013 e, desde então, esse sofreu várias postergações das datas de finalização e mudanças de formato.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Rede de profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica.

- **Perspectivas para 2016**

Finalização do conteúdo e lançamento previsto para o primeiro semestre de 2016.

12.4 A CGAN como Campo de Formação

A CGAN apoia a formação de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação, constituindo-se em um campo de prática para estágios e residências sobre gestão dos programas de alimentação e nutrição e promoção da saúde na atenção básica.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

Em nível de graduação, a CGAN ofertou vagas para o estágio complementar em nutrição, da área de Nutrição Social do Curso de Graduação em Nutrição, da Universidade de Brasília – UnB (**2 estagiárias**) e para o estágio curricular supervisionado do 8º semestre do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB (**3 estagiárias**).

No âmbito da pós-graduação, a CGAN foi campo de imersão do Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (**6 especializandas/os**). A proposta de extensão inovadora em atenção básica e educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS é realizada em uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - SGTES e o Departamento de Atenção Básica.

Além de recebimento de bolsistas, a parceria DAB/UFRGS viabilizou o investimento na educação continuada nos seus trabalhadores(as) da própria CGAN: quatro trabalhadores participantes do curso referido tiveram a possibilidade de refletir sobre os processos de gestão desenvolvidos na sua prática profissional. Os trabalhos finais de conclusão do curso desses servidores foram:

- Reflexão Sobre as Ações de Promoção da Saúde Desenvolvidas no Programa Saúde na Escola – Autora: Fabiana Vieira Santos Azevedo; Orientadora: Dalila Tusset.
- Análise Histórica das Ações de Enfrentamento do Beribéri no País: potencialidades e os desafios da Atenção Básica. – Autora: Maria Fernanda Moratori Alves; Orientadora: Thais Coutinho de Oliveira.
- O Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde das Crianças Beneficiárias do Programa Bolsa Família: Estamos Cumprindo os Compromissos Mínimos? Autora: Rafaella da Costa Santin; Orientadora: Ana Maria Cavalcante de Lima.
- A Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (Nutrisus): Quais os Pontos a Serem Priorizados para Garantir uma Implementação Mais Efetiva. Autora: Gilsiane Nascimento Espinosa; Orientadora: Ana Maria Cavalcante de Lima.

Em novembro de 2015, finalizou a última turma de especialização em parceria com a UFRGS.

• Principais investimentos

A CGAN não arca com recursos financeiros para essa ação. O estágio de graduação junto à UnB e à Uniceub é voluntário. A especialização junto à UFRGS é custeada pela SGTES.

O principal investimento nessa ação dá-se pela disponibilidade de recursos humanos para realizarem a orientação e preceptoria dos estagiários e dos especializandos.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Universidade de Brasília
- Uniceub
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
- Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica.

- **Perspectivas para 2016**

O Departamento de Atenção Básica ampliará a parceria para outras instituições para abertura de campos de especialização e estágios de graduação e pós-graduação, em variadas áreas de formação. Nesse sentido, a CGAN receberá alunos de diversas instituições, além da manutenção da parceria junto à UnB e Uniceub. Além disso, a CGAN se mantém aberta a realizar outras parcerias com instituições de ensino que manifestem interesse para campo de estágio.

13

AGENDA DE AÇÕES E ATUAÇÃO DE CARÁTER INTERSETORIAL

13.1 Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Promovendo Modos de Vida e Alimentação Adequada e Saudável para a População Brasileira

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 56,9% da população adulta brasileira apresenta excesso de peso e 20,8% obesidade. O cenário se torna ainda mais preocupante quando se observa que 20,5% dos adolescentes apresentam excesso de peso e que 33,5% das crianças entre 5 e 9 anos têm excesso de peso e 14,3% têm obesidade, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. As pesquisas mostram ainda que a velocidade de crescimento do sobrepeso e da obesidade na população de menor renda é maior, mostrando o quanto esta população está mais vulnerável e mais susceptível aos efeitos de uma alimentação inadequada e não saudável.

A *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade* tem por objetivo orientar estados e municípios na articulação de ações intersetoriais locais com o intuito de prevenir e controlar a obesidade na população, sendo pautada em seis grandes eixos de ação: 1) Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis, 2) Ações de educação, comunicação e informação, 3) Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos, 4) Vigilância Alimentar e Nutricional, 5) Atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde e 6) Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos. Essa iniciativa reforça a necessidade de elaboração de diretrizes para o enfrentamento daquele cenário epidemiológico, configurado como um problema social com dimensões morais e repercussões na saúde e na qualidade de vida do indivíduo.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

- Impressão de 10 mil exemplares da publicação documento “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios”, com o apoio do CONSEA, e distribuição ao FNDE, CONSEAs e CAISANs nacionais e estaduais, por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN), referências estaduais de alimentação e nutrição.
- Elaboração do documento “Guia para a Elaboração de Refeições Saudáveis em Eventos”, que visa definir recomendações e orientações gerais sobre a oferta, composição de cardápio e organização de serviços de alimentação no contexto dos eventos e reuniões promovidos por órgãos públicos ou instituições privadas, garantindo a oferta de uma alimentação adequada e saudável. Atualmente encontra-se em fase de normalização e diagramação;
- Ampliação das discussões sobre regulamentação da publicidade, taxação de produtos ultraprocessados e rotulagem também vem sendo realizadas no Comitê Gestor da Estratégia;

- Reuniões da Força Tarefa para regulamentação da publicidade e comercialização de alimentos;
 - Participação e apresentação da Estratégia em eventos nacionais e internacionais (CSA, *Global on Nutrition-Sensitive Social Protection* - Rússia (FAO), evento paralelo dos BRICS na reunião da Assembleia Mundial da Saúde).
 - Realização de oficinas de trabalho para planejamento do Pacto pela Alimentação Adequada e Saudável, assinado pela Presidenta Dilma por ocasião da V CNSAN.
 - Reuniões do CT de Obesidade, uma das quais com apresentação da experiência do Instituto Nacional do Câncer (INCA) sobre o processo de construção da Convenção-quadro do tabaco e outra com apresentação do México sobre experiência na taxaço de bebidas açucaradas e demais ações para prevenção e controle da obesidade.
 - Elaboração de Nota Técnica direcionada ao Ministério da Fazenda para iniciar dialogo sobre taxaço de bebidas açucaradas;
 - Divulgaço internacional da Estratégia, fomentando e contribuindo no alinhamento das discussões de alto nível para elaboração de estratégias internacionais para controle da obesidade.
- **Entre os resultados, destacam-se:**
 - A iniciativa de “Elaboração do Plano Intersetorial de Prevenço e Controle da Obesidade”, constava no Objetivo 0930 “Controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional com a promoço da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por meio do controle e regulaço de alimentos e da estruturaço da atenço nutricional na rede de atenço à saúde”; portanto, considerando o PPA 2012-2015, a meta foi alcançada ainda em 2014 com o lanço da Estratégia;
 - Publicaço do Decreto nº 8553 de 03 de novembro 2015, que institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável, com a finalidade de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis, combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentaço na população brasileira.
 - Elaboração de Minuta de Projeto de Lei, construída no âmbito da CAISAN, que visa regulamentar nacionalmente a comercializaço, propaganda, publicidade e promoço comercial de alimentos e bebidas ultra processados em escolas públicas e privadas contribuindo para a prevenço do sobrepeso e obesidade e do desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis. A Minuta foi encaminhada aos Ministérios da Educaço e do Desenvolvimento Social e Combate à fome para parecer. Ambos retornaram, no início de 2016, com parecer favorável.

- **Principais investimentos**

Não houve dotaço específica para esta ação no Orçamento CGAN. O orçamento necessário para a implementaço das diferentes ações e atividades que compõem a estratégia intersetorial cabe a cada setor e/ou ente federativo envolvido. No que se refere às ações sob responsabilidade do Ministério da Saúde estão previstas, para 2016, as seguintes rubricas orçamentárias:

Incentivo financeiro para organizaço da atenço nutricional nos municípios com menos de 150 mil habitantes e com elevada prevalência de obesidade infantil – R\$ 12.210.000,00. (repasse fundo a fundo);

Apoio financeiro para o desenvolvimento de estratégias de capacitaço para atenço nutricional no SUS – R\$ 500.000,00 (convênio);

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Há limitações que precisam ser superadas na agenda regulatória, em discussão e pactuação com organizações da sociedade civil, como a Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IBDC), tais como:

- Regulamentação da publicidade de alimentos para o público jovem;
- Regulamentação da oferta de alimentos em cantinas escolares;
- Desenvolvimento de medidas fiscais para redução do custo de alimentos saudáveis e taxaço de alimentos com alto teor de açúcar, gordura e sódio;
- Efetivo engajamento das esferas estaduais e municipais na implementação da Estratégia, o que requer o fomento e a elaboração de planos intersetoriais estaduais para enfrentamento da obesidade.

Tais limitações são desafios que somente serão superados com a atuação conjunta do governo e mobilização da sociedade civil. A articulação com as CAISANs estaduais e o engajamento concreto das referências de alimentação e nutrição são elementos-chave na potencialização da estratégia e na reversão do perfil epidemiológico da obesidade.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Estados e municípios
- CAISAN
- CONSEA
- MDS
- Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos
- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IBDC)
- Setor produtivo de alimentos (representações e associações nacionais)

- **Perspectivas para 2016**

- Avançar no processo de taxaço de bebidas açucaradas;
- Realização de advocacy para a sociedade civil sobre a importância das medidas regulatórias a partir de parceria com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IBDC);
- Maior aproximação do Comitê Técnico de Obesidade ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA;
- Fortalecer o CT Obesidade (CAISAN) como instância de discussão das questões referentes ao Pacto da Alimentação Saudável;
- Implementação das orientações e diretrizes do **Guia para a Elaboração de Refeições Saudáveis em Eventos** nos órgãos públicos da Administração Pública Direta Federal.
- Disseminação das medidas e estratégias propostas e sua implementação pelos estados e municípios.
- Realização do “Simpósio: desafios para prevenção e controle da obesidade: novos passos”, previsto na agenda da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde e promovido pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES) de 22 a 26 de maio de 2016 em Curitiba, com o objetivo de discutir: a participação crescente dos alimentos ultraprocessados na dieta da população brasileira; a importância da regulamentação da publicidade de alimentos; a medida regulatória adotada pelo México para tributação de bebidas açucaradas; e, os desafios para o enfrentamento da obesidade, enfatizando a importância da mobilização da sociedade civil para essa agenda.

13.2 Grupo Técnico de Revisão dos Parâmetros Nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT

O Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT é um programa governamental de adesão voluntária, que busca estimular o empregador a fornecer alimentação adequada aos trabalhadores, por meio da concessão de incentivos fiscais, tendo como prioridade o atendimento aos trabalhadores de baixa renda, correspondente a rendimentos de valor equivalente a até cinco salários mínimos, segundo a legislação vigente.

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) completou, em abril de 2013, 37 anos de existência, tendo atingido mais de 16,5 milhões de trabalhadores formais e 175,5 mil empresas cadastradas (matrizes).

À época do lançamento do PAT, em 1974, o país possuía 11,8% das mulheres e 8% dos homens com déficit de peso e 28,7% e 18,5%, respectivamente, de excesso de peso. Já nos anos de 2008-2009, o perfil nutricional desse segmento da população mudou drasticamente: apenas 1,8% dos homens e 3,6% das mulheres apresentam baixo peso, mas 50,1% dos homens e 48% das mulheres têm excesso de peso. Tomando como base os estudos populacionais quanto ao perfil nutricional da população brasileira, em 2013, 50,8% dos brasileiros adultos apresentam excesso de peso e obesidade, o que está associado a um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, aumento do número de refeições realizadas fora do domicílio – no qual a alimentação fornecida pelo PAT pode representar papel fundamental – e baixo consumo de frutas e hortaliças.

Esse panorama histórico justifica a pertinência de revisão dos parâmetros nutricionais do PAT, sob responsabilidade de um grupo de trabalho, do qual o Ministério da Saúde participa, via CGAN. Diante do atual cenário epidemiológico e das novas recomendações do Guia Alimentar, esse Grupo Técnico investiu, desde 2014, vem envidando esforços para atualizar os parâmetros nutricionais do programa (Portaria Interministerial nº 5 de 1999).

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Em 2015, foi dada continuidade no processo de revisão dos parâmetros nutricionais do Programa, pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). A proposta de governo - encaminhada e em fase de apreciação pela CTPAT – traz importantes avanços na definição dos parâmetros nutricionais do Programa:

- Abordagem referenciada pelo novo Guia Alimentar para a População Brasileira, privilegiando oferta de alimentos in natura e minimamente processados, vedando a utilização de alimentos ultraprocessados na elaboração das refeições no Programa.
- Atualização das referências de nutrientes recomendados, segundo parâmetros da OMS.
- Ênfase na educação alimentar e nutricional como responsabilidade das empresas beneficiárias, trazer a responsabilidade do desenvolvimento das ações para o ente mais próximo dos trabalhadores que é a própria empresa na qual ele trabalha, sem prejuízo das ações desenvolvidas por responsáveis técnicos de outras empresas que forneçam alimentação ou mesmo das prestadoras.
- Facultar ao trabalhador o consumo de bebidas (cafés, chás e sucos) com ou sem açúcar, oferecendo-lhes as duas opções para livre escolha;
- Atualização dos parâmetros relativos ao Responsável Técnico, garantindo a permanência do nutricionista como único profissional habilitado para essa função.

Os novos parâmetros nutricionais ainda estão em processo de discussão e pactuação no âmbito da CTPAT. Portanto, ainda não se puderam relacionar resultados da ação.

- **Principais investimentos**

Não se aplica, considerando que a gestão do PAT cabe ao MTE.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

O maior desafio dessa atividade é alinhar uma proposta entre as bancadas de trabalhadores e empregadores que busque garantir - no instrumento normativo do PAT- as condições necessárias para alcance de seu objetivo, qual seja: proteger, promover e apoiar hábitos alimentares saudáveis. Este desafio requer esforço no delineamento de responsabilidade compartilhada entre os atores envolvidos no Programa, e não apenas pelo setor governamental, além do fortalecimento e qualificação do monitoramento e avaliação do Programa.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

Comissão Tripartite do Programa de Alimentação do Trabalhador – CTPAT constituída pelo Ministério da Saúde e pelos Ministérios do Trabalho e Emprego (presidência da Comissão); da Fazenda; da Previdência Social; do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Planejamento, Orçamento e Gestão; representantes dos trabalhadores e dos empregadores.

- **Perspectivas para 2016**

Aprovar nova regulamentação do PAT com os parâmetros nutricionais atualizados frente à realidade epidemiológica, nutricional e alimentar da população brasileira.

13.3 Pacto Nacional pela Alimentação Saudável

O Brasil tem comemorado vitórias importantes na política de Segurança Alimentar e Nutricional. Em 2014, o país saiu do Mapa Mundial da Fome, da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), e a extrema pobreza, a pobreza e a desigualdade continuam em declínio, em função das ações do governo federal, a exemplo das políticas que garantiram à população mais renda e maior acesso a alimentos. Essa conquista também é comemorada pelas famílias da área rural já que, entre 2002 e 2014, a extrema pobreza caiu 65,2% e a pobreza teve uma redução de 58,7% (PNAD, 2014). Para além da manutenção dessa conquista, um novo desafio se impõe: promover uma alimentação saudável e combater o excesso de peso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentação.

Diante desse desafio, no dia 3 de novembro de 2015, a presidenta Dilma Rousseff assinou o Decreto nº 8.553, que instituiu o **Pacto Nacional para Alimentação Saudável**, objetivando a ampliação das condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis para combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentação da população brasileira. O Pacto Nacional tem como diretrizes:

- I – Promover o direito humano à alimentação adequada;
- II – Fomentar o acesso a alimentos de qualidade e em quantidade adequada, considerando a diversidade alimentar e os aspectos sociais e culturais da população brasileira;
- III – Articular ações para o enfrentamento do sobrepeso, da obesidade e das doenças decorrentes da má alimentação; e
- IV – Fortalecer as políticas de promoção da organização e da comercialização da produção da agricultura familiar. (BRASIL, 2015).

Poderão integrar o Pacto os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, a sociedade civil organizada, os organismos internacionais e o setor privado.

A concretização do pacto requer pactuação para ampliar e qualificar a alimentação do brasileiro na perspectiva do direito humano à alimentação adequada e saudável, considerando as especificidades regionais, culturais e socioeconômicas e as necessidades alimentares especiais da população. A estratégia para isso será o estabelecimento de Plano de Trabalho com estados, municípios e organismos internacionais e o setor privado, sob a coordenação da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN Nacional).

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

- Realização da I Oficina de Trabalho do Pacto para Alimentação Saudável, em agosto de 2015, com objetivo de mobilizar e sensibilizar a rede de profissionais que atuam nos setores da saúde, educação, desenvolvimento social, assistência social e desenvolvimento agrário para a importância da realização de um Pacto Federativo pela Alimentação Adequada e Saudável e construir compromissos em torno dele;
- Em dezembro de 2015, na abertura da V Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a presidenta Dilma Rousseff assinou o Decreto nº 8.553, que instituiu o **Pacto Nacional para Alimentação Saudável**. O Decreto foi divulgado para rede de alimentação e nutrição do SUS com objetivo de sensibilizar os estados e municípios para adesão ao Pacto.
- Elaboração de um instrutivo para orientar os estados, municípios e entidades na adesão ao Pacto, no âmbito da CAISAN (em construção).

- **Principais investimentos**

Não se aplica.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Um importante desafio do Pacto para Alimentação Saudável é a articulação intersetorial. No âmbito federal, as discussões do Pacto se dão na Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), possibilitando a participação de diferentes setores. No âmbito estadual e municipal, o planejamento e articulação de ações interssetoriais também é um desafio, considerando que as CAISANs estaduais ainda estão sendo consolidadas e poucos municípios possuem essa instância para o diálogo intersetorial.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- CAISAN
- MDS
- FNDE
- MDA
- Entes federados subnacionais

- **Perspectivas para 2016**

- Participação na II Oficina Pacto para Alimentação Saudável, sob a coordenação da Caisan;
- Discussão e finalização do instrutivo sobre o Pacto em parceria com MDS, MEC e MDA;
- Acompanhamento e apoio ao processo de pactuação com estados e municípios.

13.4 Comissão Permanente do Consea - Consumo, Nutrição e Educação (CP 7)

A CGAN participa das reuniões da Comissão Permanente número 7 (CP7) do CONSEA, que trata de assuntos relacionados ao consumo alimentar e à nutrição da população brasileira. Em 2015, a CP7 discutiu e contribuiu com a organização da plenária com o tema Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável: O Guia Alimentar para a População Brasileira em Perspectiva Intersetorial, além das discussões sobre a 5ª Conferência nacional de SAN.

• Atividades desenvolvidas e resultados alcançados

- Participação em 3 reuniões da CP7 ocorridas em 2015, com as seguintes pautas prioritárias de discussão:
- Preparação para plenária do Consea, em maio, com o tema “nutrição” e preparação da 5ª Conferência nacional de SAN;
- Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável: O Guia Alimentar para a População Brasileira em Perspectiva Intersetorial; PAA Leite;
- Agenda Internacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o tema da Biofortificação.

Entre os resultados alcançados, destaca-se o debate sobre o Guia Alimentar ocorrido na XIX Plenária do CONSEA, baseado no documento construído no âmbito da CAISAN: “Políticas Públicas para Garantia da Alimentação Adequada e Saudável: O Guia Alimentar para a População Brasileira em Perspectiva Intersetorial”. A Plenária contou com a participação do Ministro da Saúde, Arthur Chioro, que apresentou as ações do setor saúde para promoção da alimentação adequada e saudável da população e ratificou o compromisso da saúde na agenda de Segurança Alimentar e Nutricional.

• Principais investimentos

Não se aplica.

• Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

Aprofundar o debate do setor saúde e sua articulação com SAN.

• Parcerias e principais entidades beneficiadas

ONSEA

• Perspectivas para 2016

Continuidade na participação nas plenárias do Consea e no acompanhando as discussões da CP7 e desdobramentos da 5ª Conferência Nacional e SAN.

13.5 Comissão Nacional de Agroecologia e Produtos Orgânicos (CNAPO) e Comissão Intersetorial de Agroecologia e Produtos Orgânicos (CIAPO)

Em agosto de 2012, a Presidenta Dilma Rousseff instituiu a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica – Pnapo, por meio do Decreto nº 7.794, de 20 de agosto de 2012, firmando o compromisso do governo federal em “integrar, articular e adequar políticas, programas e ações indutores da transição agroecológica, da produção orgânica e de base agroecológica, como contribuição para o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida da população, por meio do uso sustentável dos recursos naturais e da oferta e consumo de alimentos saudáveis.”

O Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo) 2013-2015, elaborado pela Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica – CIAPO (conforme o inciso I do art. 9º da Pnapo), com ampla participação da sociedade representada na Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Cnapo), busca implementar programas e ações indutoras da transição agroecológica, da produção orgânica e de base agroecológica, possibilitando à população a melhoria de qualidade de vida por meio da oferta e consumo de alimentos saudáveis e do uso sustentável dos recursos naturais, constituindo-se em instrumento de operacionalização da Pnapo e de monitoramento, avaliação e controle social das ações ali organizadas.

O Ministério da Saúde integra a CIAPO, juntamente com outros 9 ministérios e também a CNAPO (composta por quatorze representantes da sociedade civil e quatorze representantes de órgãos do Governo Federal): o Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde - DSAST/SVS, como representante titular, e a CGAN/SAS, como suplente. Àquela Comissão coube a tarefa de elaborar o Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica - Planapo, para viabilizar a implementação da Pnapo. No Planapo, o Ministério da Saúde participa da iniciativa 03 do objetivo 12 referente a estratégias de comunicação para a produção e disponibilização de conhecimentos sobre agroecologia, sociobiodiversidade e produção orgânica em diversas formas de mídia.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

- Participação nas plenárias na CNAPO e da CIAPO, que têm periodicidade trimestral;
- Participação no Seminário Dialoga Brasil Agroecológico, em setembro 2015, que teve como objetivo de promover diálogo entre o governo federal e a sociedade civil em relação à proposta de elaboração do Planapo II (2016-2019). O evento contou com 201 participantes, sendo **101 do Governo** e **100 da Sociedade Civil**. O Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica - Planapo II.
- Inserção das publicações “Guia Alimentar para a População Brasileira” e o “Alimentos Regionais Brasileiros” – que incentivam o consumo de alimentos in natura e minimamente processados, preferencialmente orgânicos e de base agroecológica no Planapo, vez que esse material contribui ainda para divulgar a variedade de alimentos da biodiversidade brasileira em todas as regiões, orientar seu uso em preparações culinárias e resgatar, valorizar e fortalecer a cultura alimentar brasileira.

- **Principais investimentos**

Não se aplica.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Principais desafios

- Fomentar discussões sobre sistema alimentar sustentável, no âmbito das ações educativas que tenham por base o Guia Alimentar, desenvolvidas no âmbito do SUSA e do SISAN
- Desenvolver ações e campanhas sobre alimentação saudável e produção orgânica.
- Incentivar, por meio dos materiais educativos que se proponha a promover a alimentação adequada e saudável, o consumo de alimentos orgânicos e de base agroecológica.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

CIAPO CNAPO e seus integrantes governamentais e da sociedade civil

- **Perspectivas para 2016**

Continuidade na participação dos órgãos colegiados CIAPO e CNAPO;

Contribuição na elaboração do PLANAPO II

Elaboração de materiais educativos com base no Guia Alimentar e nos Alimentos Regionais para subsidiar a população brasileira na escolha de alimentos saudáveis, com priorização do consumo de alimentos orgânicos e oriundos de processos agroecológicos.

13.6 Campanha Brasil Saudável e Sustentável – Campanha BRASS

A Campanha Brasil Saudável e Sustentável (BRASS), organizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), tem por objetivo desenvolver estratégias de promoção e de educação da alimentação saudável e sustentável para população, a fim de facilitar a adoção de boas práticas alimentares e favorecer o acesso a produtos baseados em práticas produtivas adequadas e sustentáveis, como os alimentos orgânicos, agroecológicos e os da agricultura familiar.

Voltada ao consumo consciente de alimentos, a campanha é fruto da parceria de instituições governamentais, não-governamentais e da iniciativa privada, visando a promoção da alimentação saudável, assim como a criação de oportunidades e a geração de impactos sociais, ambientais e econômicos decorrentes da inclusão de produtos orgânicos e sustentáveis, principalmente durante os megaeventos esportivos, como a Copa do Mundo da FIFA, realizada em 2014, e os Jogos Olímpicos que serão realizados na cidade do Rio de Janeiro em agosto de 2016.

A campanha será lançada no contexto das Olimpíadas Rio 2016, e tratará de uma série de atividades com o objetivo de estimular a promoção da alimentação saudável – seja do ponto de vista da produção, seja do ponto de vista do consumo – em outras situações e espaços geográficos.

A CGAN, juntamente com outros Ministérios e instituições, é parceira na condução da campanha, planejando conjuntamente ações a serem desenvolvidas nas escolas participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) e na mobilização da rede de saúde do Rio de Janeiro para a realização de ações de promoção da alimentação adequada e saudável.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Participação em reuniões com o MDS e outros parceiros para construção de um Plano de Trabalho conjunto, envolvendo tanto ações quanto estratégias de comunicação, incluindo a apresentação dos materiais que a CGAN/MS dispõem e que possam contribuir para a Campanha.

Reunião com Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, agregando o tema do BRASS na própria campanha “Da saúde se cuida todos os dias” do Ministério da Saúde;

Articulação com as equipes do Programa Saúde na Escola (PSE) do Rio de Janeiro para mobilização das escolas do município e das equipes de saúde para realização de oficinas nas escolas para incentivo à alimentação adequada e saudável, coincidentes como o calendário do evento esportivo.

- **Principais investimentos**

Não se aplica vez que a ação é de responsabilidade de outro órgão (MDS).

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**
 - Articulação com as Secretarias de Saúde e de Educação do município do Rio de Janeiro para elaborar estratégia de ação no âmbito da campanha entre as escolas e rede de saúde.
 - Suspensão do processo de diálogo junto à ASCOM/MS, em função da mudança ministerial, o que resultou na reestruturação da assessoria. Com a chegada do novo assessor de comunicação, foi enviado Memorando solicitando reunião para continuidade na parceria (ainda não atendida). Vale ressaltar que sem o real envolvimento da ASCOM a participação do MS na Campanha BRASS pode ficar comprometida.
- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**
 - ASCOM/MS
 - MDS
 - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
 - Grupo Técnico Intersetorial-Municipal do PSE do Rio de Janeiro
- **Perspectivas para 2016**
 - Rearticulação e envolvimento da ASCOM na campanha de comunicação relativa ao evento e divulgação das atividades relacionadas ao MS;
 - Acompanhamento das ações de promoção da alimentação saudável em escolas do Rio de Janeiro em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e parceiros envolvidos;
 - Acompanhamento e divulgação da Campanha.

13.7 Campanha dos Alimentos Orgânicos

O governo federal deu início, em 2005, a realização de uma campanha anual, voltada ao público consumidor, denominada “Semana dos Alimentos Orgânicos”, que ocorre na última semana do mês de maio. A campanha tem como principal objetivo divulgar junto à população, principalmente a urbana, os princípios e fundamentos dos sistemas de produção orgânica, que contribuem para a saúde da população e para a sustentabilidade ambiental e para a justiça social na cadeia de produção.

A campanha é coordenada nacionalmente pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), em parceria com os Ministérios: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; da Educação; da Ciência, Tecnologia e Inovação; do Desenvolvimento Agrário; da Saúde; e do Meio Ambiente, da Pesca e Aquicultura; da Fazenda; e da Secretaria Geral da Presidência da República, além de outras organizações governamentais e não governamentais.

A **Semana dos Alimentos Orgânicos**, em todas as unidades da federação, compreende atividades como seminários, oficinas, cursos, feiras, estandes de degustação de produtos orgânicos, programações culturais voltadas para o esclarecimento sobre consumo e produção orgânica. O tema da campanha de 2015 foi “**Produtor orgânico: parceiro da natureza na promoção da vida**”.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**
 - Participação nas reuniões intersetoriais para definição do tema da Campanha e as estratégias de divulgação em mídia;
 - Participação no lançamento oficial da Semana Nacional de Alimentos Orgânicos, ocorrida em Brasília, no dia 24 de maio de 2015.
 - Desenvolvimento de atividades para os servidores do Ministério da Saúde, nos dias 26 e 27 de maio, incluindo feira de orgânicos, com sorteio de uma cesta de alimentos orgânicos;

exposição de painéis itinerantes sobre produção orgânica; curso de hortas em pequenos espaços – parceria Embrapa; roda de conversa com os servidores do MS sobre a temática da alimentação saudável (Guia Alimentar e Alimentos Regionais Brasileiros; mensagens informativas sobre os alimentos orgânicos, que foram colocadas nas mesas do restaurante e nos displays que ficam próximos aos elevadores; elaboração de notas, posts, vídeo produzido em parceria com a CGAT sobre os Alimentos Orgânicos e sobre a Campanha e divulgadas no facebook do MS, na página da Comunidade de Práticas, Rednutri, blog da saúde e no site da Campanha “Da Saúde se Cuida Todos os Dias”.

- **Principais investimentos**

Não se aplica, tendo em vista que a ação é de responsabilidade do MAPA.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

- O principal desafio é a articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde para elaborar estratégias de atividades junto aos municípios, em tempo hábil, para permitir articulações locais com produtores e entidades do setor público e da sociedade civil.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- Ministério da Educação;
- Ministério do Desenvolvimento Agrário;
- EMBRAPA.

- **Perspectivas para 2016**

- Participação no processo organizativo da Campanha 2016 (28 de maio a 05 de junho), para definição do tema, organização do evento de lançamento, divulgação da campanha em mídia, elaboração da proposta de atividades dentro do Ministério da Saúde e mobilização das Referências Estaduais de Alimentação e Nutrição para organização de ações locais voltadas ao tema.
- Foco da Campanha 2016 será a escola. Dessa forma, o PSE trará a temática dos orgânicos vinculando-a à promoção da saúde.

13.8 Projeto “Apoio a Atuação de Profissionais e Gestores em Agendas Intersetoriais” - CFN e UFOP/ MDS

O Projeto “Apoio a atuação de profissionais em agendas intersetoriais” é uma parceria do Conselho Federal de Nutricionistas – CFN, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e a Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP que visa apoiar a atuação de profissionais e gestores, em agendas intersetoriais, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de ações de Educação Alimentar e Nutricional e a realização de Compras Institucionais.

O Ministério da Saúde foi convidado a apoiar e contribuir com a elaboração dos materiais do Projeto, e para identificação e articulação dos profissionais da rede de saúde para participação dos seminários regionais previstos.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Em 2015, houve a participação da CGAN em uma oficina nacional com atores estratégicos com objetivo de discutir e avaliar o conteúdo dos materiais didáticos (folders e manuais) e o formato dos seminários regionais, que darão suporte ao projeto.

Não há resultados a serem relatados, vez que as oficinas iniciarão em 2016.

- **Principais investimentos**

Não se aplica, considerando que é uma ação de iniciativa do MDS.

- **Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas**

Não se aplica.

- **Parcerias e principais entidades beneficiadas**

- MDS
- CFN
- UFOP

- **Perspectivas para 2016**

- Apoio e participação nos 14 seminários regionais que contarão com a presença de 1.400 gestores dos estados e municípios e profissionais do Sistema CFN que atuam nas redes de assistência, saúde, agricultura e educação.
- Identificação e indicação dos profissionais da rede de saúde que participarão dos Seminários Regionais.
- Apoio para elaboração dos materiais didáticos do projeto.

13.9 Projeto “Alimentação como Ação Política: Promoção da Alimentação Adequada e Sustentável para Jovens” - MDS

Esse projeto é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em parceria com a UFRJ, UERJ e UNIRIO, cujo objetivo é o desenvolvimento de estratégias educativas sobre alimentação voltadas para a juventude. O Ministério da Saúde foi convidado para participar do Projeto, apoiando e contribuindo na elaboração do plano de educação e comunicação e na divulgação do projeto para sua rede.

- **Atividades desenvolvidas e resultados alcançados**

Participação de técnicos da CGAN, especialmente da equipe de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e a equipe do Programa Saúde na Escola na “Oficina Nacional com Atores Estratégicos”, que contou com representantes de jovens e de organizações governamentais e não governamentais dedicadas aos temas da juventude, da alimentação e da saúde. Na oportunidade, foram discutidas contribuições para a elaboração do Plano de Educação e Comunicação, que foi finalizado em setembro de 2015.

- **Resultados alcançados e principais realizações a serem destacadas**

O Projeto ainda está na fase de diagnóstico e planejamento das ações do plano de educação e comunicação; portanto, não há resultados a serem relatados.

- **Principais investimentos**

Não se aplica, visto ser uma ação de iniciativa do MDS.

- Principais dificuldades e desafios e estratégias de superação adotadas

Não se aplica

- Parcerias e principais entidades beneficiadas
 - MDS
 - Universidades: UFRJ; UERJ; UNIRIO.
- Perspectivas para 2016

Acompanhar e apoiar plano de educação e comunicação do Projeto de promoção da alimentação adequada e sustentável para jovens.

13.10 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

A 5ª Conferência Nacional de SAN (5ª CNSAN) foi realizada em novembro de 2015 em Brasília (DF) e contou com a participação de cerca de duas mil pessoas. Entre as etapas estaduais, municipais/regionais e encontros temáticos, participaram quase 10 mil pessoas. Teve como lema: “Comida de Verdade no Campo e na Cidade: por direitos e soberania alimentar” e seu objetivo geral foi “ampliar e fortalecer os compromissos políticos para a promoção da soberania alimentar, garantindo a todas e todos o direito humano à alimentação adequada e saudável, assegurando a participação social e a gestão intersetorial no Sistema, na Política e no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”. Os eixos temáticos dessa conferência foram:

- Comida de verdade: avanços e obstáculos para a conquista da alimentação adequada e saudável e da soberania alimentar;
- Dinâmicas em curso, escolhas estratégicas e alcances da política pública; e
- Fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O Ministério da Saúde participou da 5ª CNSAN, tendo direito a 21 delegados governamentais. A CGAN articulou e apoiou a participação dos delegados do Ministério da Saúde (DAB/SAS, DAPES/SAS, gabinete/SAS, DSAST/SVS, DTA/SVS, DAGEP/SGEP, DASI/SESAI, GGTOX/ANVISA, GGALI/ANVISA, FUNASA e INCA).

Na etapa nacional a CGAN:

- Integrou o Grupo Executivo e as duas subcomissões organizadoras da conferência: Conteúdo e Metodologia e Infraestrutura, Mobilização e Comunicação e na definição da metodologia, programação e cronograma de atividades mobilizadoras e preparação dos delegados.
- Participou dos Encontros Temáticos *Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional na Amazônia e A atuação das Mulheres na construção da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional*, realizados entre 9 e 11 de junho em Belém (PA) e entre 08 a 09 de julho de 2015 em Porto Alegre (RS), respectivamente.
- Organizou a atividade integradora sobre políticas intersetoriais de nutrição para prevenção e controle da obesidade que teve o objetivo de discutir sobre a importância das ações integradas em nutrição e seu impacto no combate à dupla carga de má nutrição.

Nas **etapas estaduais**, a CGAN representou o Ministério da Saúde em 16 conferências estaduais de todas as regiões do país. Em oito delas (PE, AM, RO, MT, RJ, PI, PR, PB), o Guia Alimentar para a População Brasileira foi apresentado no contexto de um dos eixos temáticos da conferência.

Alguns temas relacionados à alimentação e nutrição no SUS foram tratados nas etapas estaduais, dentre eles: realização de ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno e à promoção da alimentação complementar saudável; promoção da alimentação adequada e saudável nas escolas; organização de cuidados relacionados à obesidade e às necessidades alimentares especiais no SUS; redução da desnutrição na Região Norte e da insegurança alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais; implementação e alinhamento de programas ao Guia Alimentar para a População Brasileira; atualização das normas de rotulagem para garantia de informação clara; regulação da propaganda e publicidade de alimentos; apoio à manutenção do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; e apoio ao Programa Saúde na Escola.

Destaca-se que a 5ª CNSAN teve participação da ativista indiana Vandana Shiva, do ex-presidente Lula e da Presidenta Dilma Rousseff, que reafirmou o compromisso do Governo Federal para garantir a manutenção das conquistas e sua ampliação e aperfeiçoamento dos programas de segurança alimentar e nutricional. A Presidenta assinou o Decreto do Pacto pela Alimentação Saudável e o Decreto que regulamenta a NBCAL. Também foi lançado o Programa Nacional de Sementes e Mudanças para a Agricultura Familiar.

Os documentos referentes à 5ª CNSAN podem ser acessados em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos>>.

14 AGENDA DE AÇÕES E ATUAÇÃO INTERNACIONAL

A agenda internacional da CGAN envolve atividades técnicas, regulatórias e de cooperação. No campo das agendas técnicas, destacam-se a participação da CGAN em discussões e grupos de trabalho internacionais sobre temas como a redução do consumo de sódio (Opas/OMS), prevenção e controle de deficiências de iodo, a experiência brasileira de redução da desnutrição e de enfrentamento atual da dupla carga da má nutrição e o novo guia alimentar brasileiro, assim como a discussão das políticas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional junto a agências das Nações Unidas (OMS, FAO, PMA, Unicef), assim como no âmbito do Mercosul (representação do Brasil no Grupo de Trabalho de Segurança Alimentar e Nutricional – GTSAN). Essas agendas são também apoiadas pela Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (Aisa/MS).

- **Codex Alimentarius**

No campo regulatório, destacam-se as interfaces com o Codex Alimentarius (FAO/OMS), particularmente nos comitês de nutrição (CCNFSDU) e de rotulagem nutricional (CCFL), aproximando a agenda regulatória das necessidades das políticas públicas de promoção da alimentação saudável. As principais discussões do CCNFSDU foram a elaboração de documentos e normas do *Codex Alimentarius* sobre: Valores de referência de nutrientes adicionais ou revisados com fins de rotulagem das Diretrizes do Codex sobre Rotulagem Nutricional (vitaminas A, D, E, magnésio, fósforo, cromo, cobre, cloreto e ferro); Revisão da norma Codex Stan 156-1987 sobre fórmula infantil de seguimento; Proposta de definição para Biofortificação; Valores de Referência de Nutrientes para fins de Rotulagem Nutricional associados ao risco de enfermidades não transmissíveis relativas a dieta alimentar (EPA e DHA); Documento de discussão sobre padrão de alimentos prontos para consumo “*ready-to-usefoods*” (RUF); Documento de discussão sobre alegação “livre de ácidos graxos trans”; Lista de aditivos alimentares para fórmulas infantis referentes à norma CODEX STAN 72-1981; Métodos de análise no padrão de fórmula infantil e fórmulas para fins médicos especiais (Codex Stan 72-1981). No âmbito internacional, as discussões do CCFL foram concentradas na marcação de datas de produtos e na aquicultura orgânica. Para 2016, espera-se fortalecer ainda mais a participação da CGAN junto a estes comitês do Codex, tanto em nível nacional, quanto na participação nas delegações brasileiras para as reuniões internacionais com vistas a reforçar a defesa das agendas de saúde e nutrição pública no campo da regulação internacional.

- **Redução do Sódio nas Américas**

O Ministério da Saúde do Brasil, representado pela CGAN, faz parte do Grupo Técnico Assessor para a Redução do Consumo de Sódio nas Américas, cuja primeira fase se encerrou ao final de 2015, bem como no Consórcio Multilateral para a Redução do Sódio, ambos coordenados pela Organização Pan-Americana da Saúde. No âmbito das atividades destes grupos, houve participação na Conferência

Canadense de Saúde Pública em seminário sobre as políticas nacionais e regionais de redução do sódio (maio) e a participação nas reuniões do Grupo Técnico Assessor e do Consórcio, em setembro, para a avaliação das atividades desenvolvidas no último biênio e o planejamento da próxima fase do grupo técnico. Neste processo, o representante da CGAN, Eduardo Nilson, foi nomeado vice-coordenador do Grupo Técnico Assessor para a América Central e do Sul, em reconhecimento pelos avanços e pela liderança regional desempenhada pelo Brasil. Ainda nesta agenda, a Opas articulou a proposição de um projeto de pesquisa regional em parceria com o IDRC (agência de cooperação internacional do Canadá) para o fortalecimento das políticas de redução do consumo de sódio nas Américas, na qual participarão Argentina, Brasil, Costa Rica e Paraguai, e envolverá pesquisas sobre perfil nutricional dos alimentos processados na região das Américas, modelos de aplicativos para celular para facilitar as escolhas alimentares mais saudáveis pelos consumidores, estudos de comportamento alimentar do consumidor, avaliações econômicas e epidemiológicas da redução do sódio nas populações e estudo do perfil nutricional de alimentos artesanais dos países. O projeto foi aprovado e vigorará de 2016 a 2018, sendo coordenado no Brasil pela CGAN em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Para 2016, é previsto o início da segunda fase do Grupo Técnico Assessor da Opas, em articulação com o Consórcio Multilateral (que também envolve representação do setor produtivo), para ampliar e apoiar o número de países com políticas de redução do consumo de sódio, assim como fortalecer os compromissos com a agenda, bem como começar as atividades do projeto de pesquisa com o IDRC.

- *Nutrition for Growth*

O Ministério da Saúde, representado pela CGAN, coordena a agenda do Nutrição para o Crescimento (*Nutrition for Growth*), assumida pela Vice-Presidência da República após os Jogos Olímpicos de Londres, para fortalecer a agenda de nutrição no mundo. Neste sentido, vem sendo planejada uma série de eventos antes e durante os jogos no Rio de Janeiro para retomar esta agenda e fortalecer, na vigência brasileira, os compromissos internacionais de nutrição e a atuação de governos nacionais e agências. A CGAN coordenou, durante 2015, reuniões interministeriais nacionais, assim como participou de reuniões de caráter internacional com representantes de países parceiros como o Reino Unido e Japão, assim como, sempre em parceria com a Aisa/MS, promoveu a articulação das ações da estratégia brasileira com agências internacionais e outros potenciais parceiros. Para 2016, espera-se realizar uma Mostra Global de Políticas de Nutrição, em parceria com o MEC e MDS, assim como um evento de alto nível, com chefes de estados de países das diferentes regiões do mundo, para a reafirmação de compromissos internacionais em relação à nutrição, vinculados às políticas dos governos nacionais e apoiados pelas agências das Nações Unidas (particularmente OMS e FAO).

- *Mercosul*

No âmbito do Grupo Técnico de Segurança Alimentar e nutricional (GTSAN) do Mercosul, o Brasil esteve com a presidência pró-tempore no primeiro semestre de 2015. Nessa ocasião, realizou-se uma reunião presencial nos dias 8, 9 e 10 de abril, em Brasília, do GTSAN que teve um dia em conjunto com a Comissão Intergovernamental de Doenças não Transmissíveis do Mercosul para a discussão de agendas comuns. A pauta central da reunião no Brasil foi a revisão do Plano de Ação do GT SAN. Também durante a presidência brasileira, foram propostos e firmados, entre os países presentes (Brasil, Argentina, Venezuela e Paraguai), o Acordo para Redução do Consumo de Sódio (que assume oficialmente, no âmbito do Mercosul, as metas regionais de limites máximos para o sódio em alimentos prioritários proposta pela Opas, ao final de 2014) e o Acordo para Prevenção e Controle da Obesidade (que assume como compromissos na região as diretrizes do Plano para a Redução da Obesidade Infantil proposto pela Opas). No segundo semestre do ano, o Paraguai assumiu a presidência pró-tempore e realizou uma reunião presencial nos dias 13, 14 e 15 de outubro para discussão do Plano de Ação

do GT SAN (em revisão desde o primeiro semestre) e construção de uma proposta de indicadores para monitoramento das ações na agenda de SAN entre os países, porém, dado que, nesta reunião, participaram somente Brasil e Paraguai, não puderam ser concluídas as discussões do plano. Espera-se, em 2016, concluir a revisão do Plano de Ação e estabelecer os indicadores para monitoramento dele, assim como estreitar a relação do GT SAN com outros grupos do Mercosul, particularmente no sentido de agilizar pautas regulatórias que são prioritárias, tais como a regulação da publicidade de alimentos e o aprimoramento da rotulagem nutricional dos alimentos (incluindo a informação nutricional complementar e a declaração obrigatória de açúcares simples).

- **Cooperação Internacional**

Por fim, a cooperação internacional é predominantemente orientada para as políticas brasileiras de enfrentamento da dupla carga da má nutrição (excesso de peso/obesidade e desnutrição) e são normalmente coordenadas com visitas a outros ministérios envolvidos com a segurança alimentar e nutricional, como o MDS e MEC, e articuladas muitas vezes por agências internacionais, particularmente o Programa Mundial de Alimentos (PMA). Foram recebidas, entre outras delegações, representantes da Guatemala, Etiópia, Sudão e Camboja. Em 2016, espera-se contribuir para a agenda de cooperação do Brasil nas políticas de saúde, nutrição e segurança alimentar e nutricional, particularmente em relação a países da América Latina e dos países africanos de Língua Portuguesa.

A PNAN tem a participação e do controle social como uma de suas diretrizes. O debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências, espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição. Nesse sentido, a CGAN participa de diferentes instâncias e coletivos de participação e controle social e incentiva que as áreas técnicas e referências de alimentação e nutrição das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde organizem-se e fortaleçam sua atuação nas instâncias de controle social, em suas respectivas esferas de gestão.

Além disso, destaca-se a importância da participação em audiências públicas relacionadas ao tema, as quais são convocadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado, constituindo-se como espaços em que os poderes Executivo e Legislativo ou o Ministério Público podem apresentar um tema e debater com os cidadãos sobre a formulação e outras etapas de uma política pública. A CGAN participou de algumas audiências públicas que também serão descritas neste item.

15.1 Conselho Nacional de Saúde – CNS

Nesse colegiado, a CGAN possui assento na Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), e participa também das plenárias do conselho, quando convocada por este ou pelo Gabinete do Ministro. Em 2015, não houve participação da CGAN nas plenárias do CNS. Já no âmbito da **Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição**:

- Em Agosto de 2015, participou da 65ª Reunião Ordinária da CIAN/CNS; além de participação na discussão dos temas da pauta convocatória, apresentou a agenda de alimentação e nutrição na saúde 2015-2019;
- Em função da realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde e da 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o **GT de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da Abrasco** elaborou o documento “Fortalecimento da Agenda de Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde: Subsídios para as Conferências de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional”. Tanto a CGAN quanto a CIAN contribuíram na elaboração do documento.
- Durante a 15ª Conferência Nacional de Saúde, a CGAN e a Redenutri realizaram uma atividade de promoção do Guia Alimentar para a População Brasileira, com ênfase em reflexões sobre o tema “comida de verdade” pelos participantes.

15.2 Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea)

É o órgão de assessoramento imediato do Presidente da República, a quem cabe, entre outras competências, articular, acompanhar e monitorar, em regime de colaboração com os demais integrantes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, a implementação e a convergência de ações inerentes à Política e ao Plano Nacional de SAN. Congrega representações de governo e sociedade civil. O Ministro da Saúde é representante titular no CONSEA e a CGAN atua como suplente. Em 2015, em decorrência da 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ocorreram somente duas reuniões plenárias, sendo que uma delas teve como tema central a promoção da alimentação adequada e saudável, com foco na nutrição, tendo como motivador da reflexão o Guia Alimentar Para a População Brasileira. A CGAN participa da Comissão Permanente 7 (CP7) - Consumo, Nutrição e Educação -, que, em 2015, contribuiu com a organização da plenária XIX, e esteve presente nas comissões de organização da 5ª CNSAN.

- **XIX Reunião Ordinária do CONSEA – 6 de maio de 2015** - contou com a participação do ministro da saúde, Arthur Chioro, na mesa “*Políticas Públicas para a garantia da alimentação adequada e saudável, com foco em nutrição*”. Na sua fala, o ministro destacou a redução da desnutrição no país e sua associação ao conjunto de políticas públicas sociais, como o Programa Bolsa Família, acompanhamento de gestantes, atenção básica qualificada e alimentação escolar; a necessidade de avançar em um marco regulatório no ambiente escolar para promover a alimentação adequada e saudável e a importância de aprofundar o debate sobre o uso de agrotóxicos e a necessidade de cuidado à população intoxicada. Como resultado, o Consea elaborou a Exposição de Motivos (EM)nº 004/2015m, em que reconhece o Guia Alimentar para a População Brasileira como “um documento de referência no campo da alimentação e nutrição, que deve gerar repercussões não apenas sobre as políticas públicas de saúde, mas de um conjunto de setores envolvidos direta ou indiretamente com todas as etapas do sistema alimentar”, entendendo-o como um documento orientador de ações de EAN e como um “instrumento de diálogo com os mais diferentes setores de governo e da sociedade brasileira comprometidos com a realização do direito humano à alimentação adequada, soberania e segurança alimentar e nutricional”. A atadessa Reunião Plenária e a EM estão disponíveis no site do CONSEA: <<http://www4.planalto.gov.br/consea>>.

15.3 Conselho Nacional de Direitos Humanos da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

Tem por finalidade a promoção e a defesa dos direitos humanos, mediante ações preventivas, protetivas, reparadoras e sancionadoras das condutas e situações de ameaça ou violação desses direitos. A CGAN participa, como representante do Ministério da Saúde, na Comissão Especial de Direito Humano à Alimentação Adequada, em que são investigadas as denúncias de violação do DHAA, particularmente em grupos vulneráveis como indígenas, quilombolas e povos e comunidades tradicionais. A atuação nessa Comissão inclui reuniões ordinárias (normalmente bimestrais), reuniões extraordinárias e missões às comunidades afetadas pelas violações ao DHAA e, no sentido de buscar a resolução de suas questões, são trabalhados compromissos de atores envolvidos nas três esferas de governo. Na agenda da Comissão Especial de Monitoramento de Violações do Direito à Alimentação Adequada, a CGAN participou das duas reuniões realizadas em 2015, cujas pautas trataram do acompanhamento dos casos de violações ao DHAA e a discussão da reformulação da comissão. Essa Comissão Especial, ao final de 2015, passou a ter caráter permanente, garantindo a continuidade das ações e fortalecendo a participação e responsabilização das instituições representadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 210, 4 nov. 2015. Seção 1, p. 7.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio**. Brasília, 2014.

ANEXO – METAS, AÇÕES INICIATIVAS SOB GESTÃO DA CGAN

PLANO PLURIANUAL 2012-2015

Programa 2069 – Segurança Alimentar e Nutricional

- **Objetivo 0930:** Controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional com a promoção da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por meio do controle e regulação de alimentos e da estruturação da atenção nutricional na rede de atenção à saúde.
 - » Aumentar para 35% a cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
 - » Pactuação da redução do teor de sódio e açúcar em 100% das categorias prioritárias de alimentos processados.
 - » 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) equipadas com balanças e antropômetros.
 - » Aprovação da atualização da PNAN do SUS.
 - » Elaboração do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.
 - » Implantação de uma nova estratégia para o controle e prevenção da anemia ferropriva.

Programa 2015 – Aperfeiçoamento do SUS

- **Objetivo 0713:** Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e atenção especializada.
 - » Promover a adesão de 78% dos municípios brasileiros ao Programa Saúde na Escola até 2015.
 - » Programa Saúde na Escola (PSE) ampliado para creches e pré-escolas de 100% dos municípios que aderirem ao programa.
- **Objetivo 0714:** Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
 - » Implantar as academias de saúde, chegando a 4800 academias em 2015 (sendo que 800 em municípios com população menor que 50 mil habitantes).
- **Objetivo 0715:** Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.
 - » Expandir a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos nas UBS e em campanhas de vacinação em 3.034 municípios;
 - » Aumentar a oferta de sulfato ferroso na Rede de Atenção Básica de Saúde; tendo 60% das Equipes de Atenção Básica referindo disponibilidade de sulfato ferroso na UBS para prevenção de anemia em crianças menores de 2 anos.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2015

<p>Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.</p>
<p>Meta: Promover a adesão de 78% dos municípios brasileiros ao Programa Saúde na Escola até 2015.</p>
<p>Diretriz 3 - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p>
<p>Meta: 3.034 municípios realizando suplementação de megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade. Meta: 60% das Equipes de Atenção Básica referindo disponibilidade de sulfato ferroso na UBS para prevenção de anemia em crianças menores de 2 anos</p>
<p>Diretriz 7 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p>
<p>Meta: Aumentar para 35% a cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) Meta: Pactuação da redução do teor de sódio e açúcar em 100% das categorias prioritárias de alimentos processados Meta: Implantar as academias de saúde, chegando a 4.000 unidades em 2015.</p>
<p>Diretriz 16 (Transversal) - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.</p>
<p>Meta: Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família Meta: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A Meta: NutriSUS – Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó Meta: Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil</p>

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012-2015

Objetivo Estratégico 03 - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Estratégia 5 - Expansão e qualificação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável e oportuna.

- **Resultado 1** - 800 tutores formados em todos os estados do país para implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).
 - » **Produto 1** - Proposta metodológica integrada para formação de profissionais de atenção básica elaborada.
 - » **Produto 2** - Oficina piloto de validação da metodologia realizada.
 - » **Produto 3** - 3 Oficinas para formação de facilitadores realizada.
 - » **Produto 4** - 15 oficinas de formação de tutores para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar realizadas.
- **Resultado 2** - 5.625 profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) qualificados para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar.
 - » **Produto 1** - 75 oficinas de trabalho sobre aleitamento e alimentação complementar realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

Estratégia 6 - Ampliação e qualificação das ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais das crianças

- **Resultado 1** - 30% das Equipes de Atenção Básica em 2013 e 60% em 2014 referindo disponibilidade de sulfato ferroso na UBS para prevenção de anemia em crianças menores de 2 anos.

- » **Produto 1** - Insumos distribuídos.
- » **Produto 2** - Descentralização da compra dos insumos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro pactuada.
- » **Produto 3** - Conduta do Programa Nacional de Suplementação de Ferro atualizada.
- **Resultado 2** - 3.034 municípios realizando suplementação de megadoses de Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade até 2014.
 - » **Produto 1** - Megadoses de vitamina A na dosagem de 100.000UI e 200.000UI distribuídas.
 - » **Produto 2** - Sistema de gerenciamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A atualizado.
 - » **Produto 3** - Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A publicado e divulgado.
- **Resultado 3** - Nova estratégia de prevenção e controle da anemia ferropriva - NutriSUS (fortificação com sachês de múltiplos micronutrientes) implantada.
 - » **Produto 1** - Fortificação com sachês de múltiplos micronutrientes implantada em creches participantes do PSE em 2014.

Objetivo Estratégico 06 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

Estratégia 1 - Fortalecimento da vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos seus fatores de risco e proteção nos componentes: inquéritos, Sistema de Informação (SI), avaliação e monitoramento.

- **Resultado 1** - Fatores de risco e proteção das DCNT identificados e monitorados para subsídio às políticas do MS.
 - » **Produto 1** - Implementação dos módulos de avaliação antropométrica e de consumo alimentar de inquéritos populacionais apoiada.
- **Resultado 2** - Fatores de risco e morbidade das Doenças Crônicas monitoradas e analisadas nos sistemas de informação.
 - » **Produto 2** - Cobertura populacional de 20% em 2013 e 30% em 2014 do SISVAN.
 - » **Produto 3** - Disponibilizar instrumentos para capacitação dos profissionais da atenção básica para a vigilância alimentar e nutricional.

Estratégia 2 - Estruturação da rede de atenção à saúde para doenças crônicas, iniciando pela renocardiovascular, câncer, obesidade, doenças respiratórias.

- **Resultado 2** - Linhas de cuidado referentes aos eixos prioritários (renocardiovascular, obesidade e doenças respiratórias) publicadas.
 - » **Produto 4** - Linha de cuidado da obesidade.

Estratégia 4 - Fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE).

- **Resultado 1** - Ações do Programa Saúde na Escola implantadas e monitorado em 100 % dos municípios aderidos em 2013.
 - » **Produto 1** - Módulo de monitoramento das ações dos Termos de Compromisso no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle(SIMEC) desenvolvido e lançado.
 - » **Produto 2** - Semana Saúde na Escola 2013 realizada.
 - » **Produto 3** - Programa Saúde na Escola ampliado para creches ou pré-escolas em 100% dos municípios que aderiram ao Programa em 2014.

- **Resultado 2** - Plano de expansão do PSE em 2013 desenvolvido
 - » **Produto 1** - Termo de Compromisso do PSE para 2013 pactuado na Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) e nas instâncias Tripartite de Saúde e Educação
 - » **Produto 2** - Material pedagógico e clínico do PSE revisado e publicado no site
 - » **Produto 3** - Diretrizes e linhas de ação do PSE 2013 para Ensino Fundamental e Médio definidas e pactuadas intersetorialmente
 - » **Produto 4** - Diretrizes e linha de ação do PSE para educação infantil definidas e pactuadas intersetorialmente.
 - » **Produto 5** - Termo de compromisso do PSE para 2013 elaborado e pactuado com novo modelo de incentivo e inclusão das ações para Educação Infantil.
- **Resultado 3** - Acesso ampliado às ações de prevenção e controle de carências nutricionais para as crianças atendidas pela Ação Brasil Carinhoso.
 - » **Produto 1** - Sachês de micronutrientes (polivitamínico e mineral) adquiridos para suplementar crianças de 06 meses até 03 anos de idade institucionalizadas em creches que farão parte do PSE para prevenção de anemia.
 - » **Produto 2** - Diretrizes do programa de suplementação com vitaminas e minerais para crianças institucionalizadas em creches do PSE construídas.
 - » **Resultado 4** - Incluir no PSE, assim como em seu material formativo a temática étnico-racial, com enfoque no enfrentamento do racismo e na redução da vulnerabilidade da juventude negra e prevenção de homicídios.

Estratégia 5 - Estruturar e fortalecer o Programa Academia da Saúde.

- **Resultado 1** – 4.800 polos do Programa Academia da Saúde habilitados até 2015.
 - » **Produto 4** - Inclusão do Programa academia da Saúde no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).
 - » **Produto 7** – Número de polos do programa Academia da Saúde com obras iniciadas.
 - » **Produto 8** – Número de polos do programa Academia da Saúde com obras concluídas.
 - » **Produto 9** – Número de polos do Programa Academia da Saúde recebendo recurso de custeio em município com NASF.
 - » **Produto 10** – Número de polos do Programa Academia da Saúde recebendo recurso de custeio em município sem NASF implantado.
 - » **Produto 11** – Pagamento dos polos do programa Academia da Saúde construídos ou em construção.
 - » **Produto 12** – Municípios sem NASF implantado que recebem recurso de custeio do Programa Academia da Saúde pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) conforme a Portaria nº 183/2014.
 - » **Produto 13** – Número de polos do Programa Academia da Saúde habilitados.
- **Resultado 2** - Qualificação das ações do Programa Academia da Saúde por meio de educação permanente e de estratégias e instrumento de apoio à gestão.
 - » **Produto 1** - Manuais para implementação do Programa Academia da Saúde elaborado e disponibilizado.
 - » **Produto 3** - Ações para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) implementarem educação permanente e desenvolverem apoio técnico aos municípios contemplados com o Programa Academia da Saúde planejadas.
 - » **Produto 4** - Programa Academia da Saúde implantado e apoiado nos 27 estados.
 - » **Produto 6** - Manuais do Programa Academia da Saúde elaborados e disponibilizados.
- **Resultado 3** - Programa Academia da Saúde em funcionamento monitorado e avaliado.
 - » **Produto 3** - Indicadores do Programa Academia da Saúde na Atenção Básica desenvolvidos.

- **Resultado 6** - Implementação da temática étnico racial no programa academia da saúde existentes nos municípios do Plano Juventude Viva apoiados.

Estratégia 6 - Promoção da alimentação saudável.

- **Resultado 1** - Acordos firmados com o setor produtivo de alimentos para a melhoria do perfil nutricional dos alimentos processados.
 - » **Produto 1** - Pactuação sobre a redução dos teores de sódio em alimentos processados concluída em 2013.
 - » **Produto 2** - Processo de discussão sobre a redução dos teores de açúcar nos alimentos processados iniciado em 2013.
 - » **Produto 3** - Processo de discussão sobre a redução dos teores de gorduras nos alimentos processados iniciado em 2014.
- **Resultado 2** - Retomada da discussão para regulação da publicidade de alimentos.
- **Resultado 3** - Ações para promoção da alimentação saudável nos ambientes coletivos desenvolvidas e qualificadas.
 - » **Produto 1** - Programa de controle do peso e promoção da alimentação saudável para ambientes de trabalho elaborado.
 - » **Produto 2** - Termo de parceria entre Ministério da Saúde e Federação Nacional das Escolas Particulares para ações de promoção da alimentação saudável nas escolas particulares, com foco nas cantinas escolares, firmado.
 - » **Produto 3** - Componente de promoção da alimentação saudável do PSE qualificado.
- **Resultado 4** - Qualificação da força de trabalho para promoção da alimentação saudável fortalecida.
 - » **Produto 1** - Elaborar proposta de metodologia de planejamento das ações locais de promoção da alimentação saudável com base no Guia Alimentar para População Brasileira.

Objetivo Estratégico 16 - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.

Estratégia 2 - Ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica.

- **Resultado 2** - 50% da estimativa de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) identificadas pela Atenção Básica à Saúde em 2014 para concessão do Benefício Variável de Gestante (BVG).
 - » **Produto 1** - Mobilização da Atenção Básica para captação precoce das gestantes pelas equipes de saúde.
 - » **Produto 2** - Profissionais da Atenção Básica capacitados sobre o Benefício Variável à Gestante.
- **Resultado 5** - Acesso ampliado por meio do acompanhamento das condicionalidades de saúde às ações básicas (pré-natal, imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) para 73% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
 - » **Produto 1** - 73% das famílias beneficiárias do Bolsa Família com condicionalidades de Saúde do PBF acompanhadas.
 - » **Produto 3** - Mobilização da Atenção Básica para acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF.
 - » **Produto 4** - Gestão e monitoramento do acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF.
- **Resultado 7** - Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) implementada.
 - » **Produto 1** - 212 Municípios que aderiram à ANDI apoiados.

- » **Produto 2** – Metas pactuadas em 2013 pelos municípios, monitoradas em 2014.
- » **Produto 3** – Redução de 25% em 2013 e de 50% em 2014 dos casos de desnutrição infantil (déficit peso/idade em crianças menores de 5 anos) nos municípios participantes da ANDI.

Estratégia 5 - Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN).

- **Resultado D05/O01** - Controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional.
 - » **Produto 11** - Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil implementada.
 - » **Produto 12** - 50% dos casos novos de beribéri nos Estados de Roraima, Tocantins e Maranhão reduzidos em relação ao ano de 2012.
 - » **Produto 15** - Acordos firmados com o setor produtivo de alimentos para a melhoria do perfil nutricional dos alimentos processados.
 - » **Produto 16** - Ações de prevenção e controle da obesidade no SUS qualificadas.
- **Resultado D05/O03** - Estruturar a atenção nutricional na rede de atenção à saúde.
 - » **Produto 5** – Mecanismo de incentivo financeiro para implementação de ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios aprimorado.
 - » **Produto 6** - Cursos para qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição desenvolvidos.
- **Resultado D05/O04** - Fortalecer a vigilância alimentar e nutricional.
 - » **Produto 1** – Aumentar em 35% a cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
 - » **Produto 4** – Cobertura populacional de 20% em 2013 e 30% em 2014 do SISVAN.
 - » **Produto 5** – Instrumentos de apoio à qualificação da Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica à saúde disponibilizados para profissionais e gestores.
 - » **Produto 6** – 80% das UBS em 2013 e 90% em 2014 equipadas com balanças e antropômetros.

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022¹

Eixo 1 - Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento

- **Estratégia 1:** Realizar pesquisas/inquéritos populacionais sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco e proteção para DCNT.
 - » **Ação 3** - Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: Em parceria com o IBGE, pesquisar sobre temas como acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção de doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.

Eixo 2 -Promoção da Saúde

- **Estratégia 1:** Garantir o comprometimento dos Ministérios e das Secretarias relacionados às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT
 - » **Ação 5:** Desenvolver, em articulação com o Ministério da Educação (MEC), ações do componente de promoção da saúde do Programa Saúde na Escola, voltadas para

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>.

- alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção de álcool, drogas e tabaco.
- » **Ação 6:** Articular as ações de promoção da alimentação e modos de vida saudáveis direcionadas às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, no acompanhamento das condicionalidades das famílias.
 - » **Ação 14:** Promover o aumento do consumo do pescado por meio da ampliação da oferta no mercado institucional e de ações de divulgação da qualidade do alimento como fonte de proteína de alta qualidade e, especialmente, garantir o fornecimento de alimentos saudáveis (pescados e algas) para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), por meio do ordenamento e fomento da aquicultura.
 - **Estratégia 3:** Estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil para a prevenção de DCNT e a promoção da saúde, respeitando o artigo 5.3 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto nº 5.658/2006) e suas diretrizes
 - » **Ação 1:** Estabelecer acordos com a indústria e definir metas para reformulação de alimentos processados, tais como a redução do teor de sódio, gorduras e açúcares.
 - » **Ação 2:** Implementar ações de promoção da saúde no ambiente de trabalho no setor produtivo, por meio de realização de parcerias para construção de ambientes saudáveis
 - » **Ação 3:** Divulgar e monitorar os acordos e parcerias com o setor privado e a sociedade civil para alcançar as metas nacionais propostas de redução de sal, gordura trans, açúcar e outros.
 - » **Ação 4:** Estabelecer acordos com o setor produtivo para implantação de programas de atividade física como Academia da Saúde e outros.
 - » **Ação 5:** Fortalecer os programas de alimentação saudável no ambiente de trabalho.
 - **Estratégia 5:** Implantar ações de promoção de atividade física/ esporte/práticas corporais e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Ministério do Esporte (Programa Academia da Saúde, Vida Saudável e outros)
 - » **Ação 1:** Financiar a implantação e adequação de áreas físicas para o Programa Academia da Saúde, com a devida previsão de utilização desses espaços, inclusive com orientação profissional.
 - » **Ação 2:** Financiar a manutenção do Programa Academia da Saúde.
 - » **Ação 3:** Articular, com outros setores do governo, a implantação de programa de orientação a práticas corporais/atividade física em espaços públicos de lazer existentes e a serem construídos.
 - » **Ação 4:** Capacitar e aprimorar recursos humanos e logísticos para o Programa Academia da Saúde.
 - » **Ação 5:** Realizar campanha de comunicação e educação para a promoção de saúde via práticas corporais/atividade física.
 - » **Ação 6:** Incentivar ações de práticas integrativas no Programa Academia da Saúde, Esporte e Lazer da Cidade, Praças da Juventude e Praças do Esporte e da Cultura.
 - » **Ação 7:** Criar estratégias de promoção de vida saudável, pelo estímulo à atividade física/práticas corporais, lazer e modos de vida saudáveis vinculadas à preparação da Copa do Mundo e das Olimpíadas.
 - **Estratégia 7:** Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável
 - » **Ação 1:** Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação.
 - » **Ação 2:** Apoiar a implementação dos parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador, com foco na alimentação saudável e na prevenção de DCNT no ambiente de trabalho.

- » **Ação 4:** Articular ações de capacitação e de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável.
- » **Ação 6:** Promover ações de educação alimentar e nutricional e de ambiente alimentar saudável nas escolas, no contexto do Programa Saúde na Escola.
- » **Ação 7:** Elaborar e implementar programas de educação alimentar e de nutrição, articulando diferentes setores da sociedade.
- » **Ação 8:** Fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, por meio da expansão das redes de promoção da alimentação saudável voltadas às crianças menores de dois anos (Rede Amamenta Brasil e Estratégia Nacional de Alimentação Complementar Saudável).
- » **Ação 11:** Estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras e outros.
- » **Ação 14:** Criar protocolo de ações de educação alimentar e nutricional para as famílias beneficiárias dos programas socioassistenciais, integrando redes e equipamentos públicos e instituições que compõem o SISVAN.
- **Estratégia 8:** Ações de regulamentação para promoção da saúde.
 - » **Ação 4:** Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos destinados ao público infantil.
 - » **Ação 5:** Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas.
 - » **Ação 6:** Apoiar a inclusão de alertas sobre riscos à saúde, a qualquer tipo de publicidade destinada à promoção de alimentos processados, conforme regulamento específico.
 - » **Ação 8:** Apoiar a regulamentação da publicidade de substâncias químicas, incluir advertências sobre os riscos à saúde, controlar a exposição e alcançar o banimento do amianto.
 - » **Ação 9:** Fortalecer mecanismos intersetoriais de apoio a iniciativas de regulação de publicidade de alimentos, que são alvo de ações judiciais.
- **Estratégia 10:** Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade
 - » **Ação 1:** Fomentar a vigilância alimentar e nutricional por meio da realização de pesquisas e/ou inquéritos populacionais sobre prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados.
 - » **Ação 2:** Estimular o hábito de práticas corporais/atividade física no cotidiano e ao longo do curso da vida.
 - » **Ação 3:** Apoiar iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados no contexto da produção, abastecimento e consumo.
 - » **Ação 4:** Apoiar iniciativas intersetoriais de comunicação social, educação e advocacy para adoção de modos de vida saudáveis.
 - » **Ação 5:** Apoiar iniciativas intersetoriais para a promoção de modos de vida saudáveis nos territórios, considerando espaços urbanos (como escola, ambiente de trabalho, equipamentos públicos de alimentação e nutrição, atividade física e redes de saúde e socioassistencial) e espaços rurais (como unidades de conservação e parques nacionais).
 - » **Ação 6:** Estruturar e implementar modelos de atenção integral à saúde do portador de excesso de peso/obesidade na rede de saúde, em especial na Atenção Básica.
 - » **Ação 7:** Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e o controle da qualidade e inocuidade de alimentos.
- **Estratégia 11:** Fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool
 - » **Ação 5:** Fortalecer, no Programa Saúde na Escola, ações educativas voltadas para a prevenção e para a redução do uso de álcool.

Eixo 3 - Cuidado Integral

- **Estratégia 1:** Definir Linha de Cuidado do portador de DCNT com projeto terapêutico adequado, vinculação ao cuidador e à equipe de saúde, garantindo a integralidade e a continuidade do acompanhamento
 - » **Ação 6:** Estabelecer ações de prevenção primária para pessoas em risco de desenvolver DCNT, com vistas à adoção de modos saudáveis de vida, implementando iniciativas como: Academia da Saúde, alimentação saudável, grupos operativos e outros, para suporte no desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida.

PLANO BRASIL SEM MISÉRIA – AÇÃO BRASIL CARINHOSO

- Ampliação do PSE para creches e pré-escolas;
- Ampliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A;
- Ampliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro;
- Implantação de nova estratégia de prevenção e controle da anemia ferropriva.

PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 2012-2015

Diretriz 3 - Instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de SAN e DHAA

Objetivo 3.1 - Assegurar processos permanentes de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Meta:

- Atualização de guias sobre a alimentação adequada e saudável.

Diretriz 4 – Promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais de que trata o Decreto nº 6.040/2007 e povos indígenas.

Objetivo 4.5 – Promover a saúde, a alimentação e a nutrição de povos indígenas, quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais.

Meta:

- Erradicar a existência de beribéri entre as populações mais vulneráveis, em especial as populações negra, indígenas e dos demais povos e comunidades tradicionais.

Diretriz 5 - Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de SAN.

Objetivo 5.1 - Controlar e prevenir os agravos e doenças consequentes da insegurança alimentar e nutricional.

Metas:

- Elaboração do Plano Nacional Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade;
- Redução de 25% da oferta de sódio nos alimentos processados prioritários;

- Alcance de 100% dos estados com planos intersetoriais de prevenção e controle da obesidade âmbito do SUS e do SISAN;
- Universalização dos programas de controle e prevenção das carências;
- Atingir 30% dos municípios da Rede Cegonha com a Rede de Nutrição Infantil Implantada;
- Promoção do pacto com o setor produtivo de alimentos para diminuição dos teores de sódio, açúcar e gordura;
- Redução de 20% a prevalência de baixo peso para idade em crianças menores de 5 anos na região Norte;
- Manutenção das prevalências de excesso de peso e de obesidade em adultos nos percentuais de 2010;
- Redução das prevalências de excesso de peso e de obesidade em crianças e adolescentes;
- Realização de avaliação antropométrica e nutricional e ações de segurança alimentar e de promoção da alimentação saudável nas escolas do ensino básico.

Objetivo 5.3 - Estruturar a atenção nutricional na rede de atenção à saúde

- Equipar 33% das UBS com balanças e antropômetros ao ano;
- Aprovação da atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS;
- Expansão dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição;
- Criação e colocação da Rede Social de Nutrição do SUS em funcionamento.

Objetivo 5.4 - Fortalecer a Vigilância Alimentar e Nutricional

- Aumento de 35% da cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN;

Apoio aos estudos e pesquisas que possam trazer subsídios para a análise do estado nutricional e do consumo alimentar e nutricional da população brasileira.

PLANO NACIONAL DE AGROECOLOGIA E PRODUÇÃO ORGÂNICA – PLANAPO 2013-2015

Eixo 3 - Conhecimento

Meta 12 - Fortalecer e ampliar processos de construção e socialização de conhecimentos e práticas relacionadas à agroecologia e aos sistemas orgânicos de produção, por meio de programas, projetos e ações integrando atividades de pesquisa, ensino e extensão rural.

Iniciativa 3: Criar estratégias de comunicação para a produção e disponibilização de conhecimentos sobre agroecologia, sociobiodiversidade e produção orgânica em diversas formas de mídia.

ISBN 978-85-334-2651-1



9 788533 426511

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE