

## O Direito Humano a Alimentação Adequada e sua efetividade no âmbito do SUS no tocante ao excesso de peso, obesidade e DCNT's

Vanessa do Vale Castro<sup>1\*</sup>, Jefferson Freitas Vaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Direito, Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná - JPR, Ji-Paraná, RO, Brasil. Nutricionista, graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso em 2008. E-mail: vanvalecastro@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Professor Orientador do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná, Rondônia. Pós-graduado em Direito e Processo do Trabalho, em 2007, IAVM/RJ, Pós-graduado em Metodologia do Ensino Superior, em 2006, UNINTES/BR, Graduação em Direito pela Ulbra – Ji-Paraná, 2001. E-mail: jefferson.vaz@saolucasjiparana.edu.br.

\*Autor Correspondente: Acadêmica do Curso de Direito do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná (JPR), Ji-Paraná/RO - Brasil. Rua Elias Cardoso Balau, 1131, Bairro Jardim Aurelio Bernardi, CEP 76.907-400, Ji-Paraná/RO-Brasil -Tel: + 55 (69) 99297-1582. E-mail: vanvalecastro@yahoo.com.br.

Recebido: 22/05/2023 Aceito: 11/07/2023.

### Resumo

A presente revisão bibliográfica tem o intuito de analisar a eficácia do Direito Humano a Alimentação Adequada no âmbito do SUS, referente às doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao excesso de peso e obesidade, bem como demonstrar através de dados epidemiológicos quando comparados às metas pré estabelecidas pelo Ministério da Saúde que as políticas públicas de saúde necessitam de melhor eficácia quando relacionadas ao tema, além de analisar o contexto histórico e as ações e programas de alimentação e nutrição que vêm sendo implantados a fim de melhorar o prognóstico do perfil epidemiológico nutricional do Brasil.

**Palavras-chave:** Direito. Alimentação. Obesidade. Doenças crônicas.

### Abstract

This bibliographic review aims to analyze the effectiveness of the Human Right to Adequate Food within the scope of the SUS, referring to chronic non-communicable diseases related to overweight and obesity, as well as demonstrating through epidemiological data when compared to pre-established goals. established by the Ministry of Health that public health policies need to be more effective when related to the subject, in addition to analyzing the historical context and the actions and programs of food and nutrition that have been implemented in order to improve the prognosis of the nutritional epidemiological profile of the Brazil.

**Keywords:** Right. Food. Obesity. Chronic diseases.

## 1. Introdução

Sob a proteção do princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à alimentação adequada insurge no ordenamento jurídico pátrio como um direito fundamental social, sendo reconhecido na Constituição Brasileira através da Emenda Constitucional nº 64 em 4 de fevereiro de 2010, e, portanto, o Estado passa a ser responsável por garantir, proteger, promover, realizar e efetivar sua realização.

Por ser a alimentação um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito de todos, a consequência da insegurança alimentar e nutricional da população, como por exemplo, desnutrição e

carências nutricionais específicas, bem como a obesidade e comorbidades associadas, acabam por recair sobre o setor da saúde, e com isso, fez com que, ao decorrer da história, este tenha incorporado a responsabilidade de políticas e programas de alimentação e nutrição.

Portanto, cabe ao SUS formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição e, neste viés, em 2011, ocorreu uma atualização na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria/MS nº: 2.715 de 17 de novembro de 2011), com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, através das implementações de

ações de saúde como: promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional (VAN) e, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Sendo assim, buscou-se analisar a efetividade do Direito Humano a Alimentação Adequada através das ações de alimentação e nutrição, implementadas por programas no âmbito do SUS, correlacionando-as com dados epidemiológicos resultantes da pesquisa do VIGITEL para avaliar se estes programas conseguiram atingir as metas pré-definidas pelo Ministério da Saúde no tocante à doenças ocasionadas pela alimentação inadequada, sendo elas a Obesidade, Excesso de Peso e doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão.

## 2. Metodologia

Este artigo utilizou-se da pesquisa bibliográfica, mensurando resultados obtidos de diversas fontes no intuito de discutir sobre as ações e programas de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, como uma forma de efetivação do Direito Humano a Alimentação Adequada. As fontes pesquisadas foram extraídas da nossa legislação e pesquisas no banco de dados Google Acadêmico e Scielo, com artigos relacionados ao DHAA, bem como dados epidemiológicos das pesquisas do VIGITEL, além de notícias veiculadas sobre o tema, e, priorizou-se os trabalhos acadêmicos e artigos científicos sobre a temática na língua portuguesa, excluindo-se matérias sem credibilidade ou de fontes incertas, buscando a diversidade de autores.

## 3. Desenvolvimento

### 3.1 O DHAA frente as doenças nutricionais no Brasil: Historicidade e desafios atuais

As doenças nutricionais no Brasil, possuem um curioso contexto histórico que inicia-se com doenças relacionadas a carências nutricionais como desnutrição, hipovitaminose A, Béri-Béri, dentre outras, passando por um período de transição nutricional, evoluindo para sobrepeso, Obesidade e doenças crônicas como diabetes, hipertensão, etc., seguido da diminuição da fome e da desnutrição e, por consequência, vindo recentemente, após a pandemia COVID-19 e verdadeiros retrocessos institucionais, retornar ao mapa da fome, com aumento da desnutrição ao mesmo tempo que crescem os casos de Obesidade e DCNT's.

Segundo Vasconcelos e Filho, 2011, no período de 1930 a 1980 observou-se, quanto ao perfil epidemiológico nutricional, duas situações referentes às doenças nutricionais, de um lado, constituído pelas doenças relacionadas às carências nutricionais (desnutrição proteico-calórica, hipovitaminose A, anemia ferropriva, bócio, etc.) e de outro, doenças relacionadas ao excesso nutricional (obesidade, e as DCNT's: diabetes, hipertensão, certos tipos de câncer, etc.), processo esse conhecido como transição nutricional brasileira, demonstrando a necessidade de construção de novos enfoques explicativos e intervencionistas.

Conforme destaca, Freitas, *et al*, 2020, em virtude da crise sanitária instalada pela pandemia COVID -19, iniciada em 2019, afetando a oferta e demanda de alimentos, reduzindo o poder de compra e capacidade produtiva e distributiva de alimentos, que recaiu especialmente sobre os mais vulneráveis, implicando diretamente no acesso das pessoas à alimentação, pode-se verificar um aumento na Insegurança Alimentar e Nutricional. Corroborando e agravando ainda mais essa situação, a ausência de ações com foco no DHAA do

governo do Presidente Jair Bolsonaro à época, com o desmonte de programas e instituições relacionados ao direito a alimentação pré-pandemia e não revertido durante a crise sanitária (extinção do CONSEA, inoperância em virtude disto da CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, dentre outros), comprometeram diretamente o monitoramento às violações do DHAA no contexto da pandemia pelo Governo Federal, onde este cenário de retrocessos, que envolveu o congelamento de gastos sociais, reforma da previdência social e da legislação trabalhista, e dificultou o acesso aos alimentos pelos mais pobres, recolocou o país no Mapa da Fome.

Segundo dados do II VIGISAN – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia Covid-19 no Brasil, publicado em 08 de julho de 2022, revelou que o número de pessoas em situação de insegurança alimentar grave, ou seja, passando fome, praticamente dobrou em menos de dois anos, sendo de 9% em 2020, para 15,2% entre 2021/2022. Esse contexto afeta diretamente 33,1 milhões de brasileiros, ou seja, 14 milhões a mais de pessoas famintas se comparado ao primeiro levantamento realizado em 2020. A pesquisa revela ainda que mais da metade, 58,7% da população brasileira convive com a insegurança alimentar em algum grau (leve, moderado ou grave (fome)) e que o país regrediu ao patamar equivalente ao da década de 1990. Atingindo de forma mais agressiva as regiões Norte com 71,6% e Nordeste com 68% de insegurança alimentar, maiores que a própria média nacional, sendo a fome, propriamente dita, realidade de 25,7% das famílias do Norte e 21% das famílias nordestinas, e no Sul esse percentual caiu para 10% das famílias atingidas, enfatizando as desigualdades

sociais vividas pelo Brasil desde a sua colonização.

Através dos dados obtidos da pesquisa supracitada, esse agravo nutricional, que é a fome, considerado insegurança alimentar grave, retorna como um problema relevante entre a população brasileira, e há que se destacar, as populações em maior vulnerabilidade que são os povos e comunidades tradicionais, citando a mais atual emergência em saúde pública, que é a expressiva insegurança alimentar no seu grau mais grave, levando diversas crianças e adultos a óbito por desnutrição, em diversas regiões do território indígena Yanomami, onde alarmantes são os relatos de dificuldade de acesso a insumos de saúde para atendimento dessa população, danos nos postos de saúde e insegurança na permanência das equipes de saúde devido à existência ilegal de garimpeiros, bem como a dificuldade de acesso a alimentos e água de qualidade, conforme o relatório do Ministério da Saúde, publicado pelo Governo Federal, em Janeiro de 2023, intitulado de “Missão Yanomami”.

Por outro lado, o Brasil convive ainda, com outro sério problema de saúde pública responsável por gastos exorbitantes no setor, que cresceram linearmente no decorrer da história, que são as doenças metabólicas e cardiovasculares, originárias do excesso de peso e obesidade, como por exemplo diabetes e hipertensão, conforme dados do VIGITEL que compõe o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para DCTN's do Ministério da Saúde, os indivíduos com excesso de peso no total da população brasileira correspondiam a 55,4% em 2019 aumentando para 57,2% em 2020, ascendente também foi o percentual de indivíduos com obesidade, de 20,3% em 2019 para 22,4% em 2020, bem como de 24,5% de hipertensos em 2019 para

26,3% em 2020 e de 7,4% de diabéticos em 2019, para 9,1% em 2020 e, através de seu Departamento de Doenças Crônicas, o MS afirma que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbito no país (cerca de 300.000 mortes por ano).

Segundo, Nilson, *et al*, 2018, os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançaram 3,45 bilhões de reais (R\$) em 2018, destes, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30 % do diabetes e 11% com a obesidade e, se considerado separadamente a obesidade como fator de risco para hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão, ou seja, 41% dos custos totais.

Logo, frente aos desafios enfrentados atualmente relacionados ao DHAA, em virtude da Insegurança Alimentar e Nutricional em suas duas faces, tanto quanto a Fome quanto a obesidade e, conforme Alves e Jaime, 2014, em virtude da alimentação ser um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito inerente a todas as pessoas, fatores que geram insegurança alimentar, por causa de sua inadequação, ocasionam diversas doenças, onde estas por sua vez recaem sobre o setor saúde, que por consequência, fez este no decorrer da história, incorporar a responsabilidade por políticas e programas de alimentação e nutrição que estão alocadas dentre as competências do SUS – Sistema Único de Saúde.

As ações e serviços de saúde do SUS, estes são divididos em níveis de assistência à saúde, estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2020, que define as diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde que são: atenção primária, secundária e terciária.

### **3.2. A rede de atenção à saúde no sus: foco na atenção primária à saúde (APS)**

A Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define que a Atenção Básica em Saúde se refere a um conjunto de ações em saúde, de âmbito, tanto individual quanto coletivo, que busca abranger a promoção e a proteção da saúde, prevenindo agravos, diagnosticando, tratando, reabilitando e reduzindo danos, procurando manter a saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que traga resultados concretos na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como determinantes e condicionantes de saúde da própria coletividade.

Conforme dispõe a Secretaria de Atenção Primária a Saúde, do Ministério da Saúde, a APS, foi desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, para estar mais próxima da vida das pessoas, e com isso, conta com diversas estratégias governamentais, sendo uma delas a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio de procedimentos disponibilizados aos usuários do SUS.

Dentre os serviços disponibilizados pela APS, através da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps), podemos citar, no tocante à promoção da saúde através da atenção nutricional e problemas correlatos: o aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança; o estímulo a adoção de hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada e saudável, a promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente; identificação, e acompanhamento da pessoa com diabetes, bem como da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS); e na criança: prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais (baixo peso,

desnutrição, sobrepeso e obesidade) e suplementação nutricional (vitaminas, minerais) quando indicado.

Pode-se observar que inúmeras são as diretrizes para determinar as ações da APS, ou seja, da atenção básica, diretamente relacionadas à saúde impactadas pelos hábitos alimentares, que influem na aplicabilidade social do DHAA, devendo ser implementadas pelos gestores em todas as esferas federativas.

### **3.2.1 Principais ações de alimentação e nutrição na APS, segundo as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**

É na Atenção Primária que as Equipes de Saúde da Família (ESF) desempenham suas funções e vão impactar diretamente na vida das pessoas e da coletividade na qual estiverem inseridas, buscando trabalhar todas as questões relacionadas a vigilância, promoção, recuperação e proteção da saúde dos usuários do SUS de sua abrangência, incluindo a vigilância, os programas e ações relacionadas a questão nutricional, devendo esta equipe, segundo a Portaria 2.488 de 21/10/2011, ser composta por: médico generalista ou especialista em saúde família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados a essa equipe os profissionais de saúde bucal que são: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Em se tratando das ofertas de cuidado para pessoas com obesidade, o Ministério da Saúde, em 2013, editou a Portaria nº 424 de 19 de março de 2013, para que os municípios, regiões de saúde e Estados se organizem e implementem a Linha de Cuidado de

Sobrepeso e Obesidade (LCSO), cuja finalidade é estabelecer o percurso dos usuários dentro do sistema de acordo com a gravidade da condição e, as atribuições da APS, relacionadas ao sobrepeso e obesidade, envolvem a VAN, estratificação de risco, ações de promoção da saúde intersetoriais e com participação social, promoção da alimentação adequada e saudável, apoio ao auto cuidado, assistência terapêutica multiprofissional, inclusive àqueles que realizaram procedimento cirúrgico, coordenação do cuidado, encaminhando a outros níveis de atenção e acolhimento adequado.

Alguns dos obstáculos para o desempenho das abordagens em nutrição, citado pelo estudo realizado por Pedraza, Menezes e Costa, 2016, explanados pelos profissionais da ESF, são: falta de tempo, excesso de trabalho, alta demanda, situação socioeconômica desfavorável da população e a dificuldade em conseguir adesão ou mesmo aceitação das orientações.

### **3.3. A eficácia dos programas relacionados ao DHAA no âmbito do SUS no tocante ao excesso de peso, obesidade e DCNT**

Para analisar os resultados dos programas relacionados ao DHAA, implementados pelas ações de alimentação e nutrição, orientadas pelo PNAM, são utilizados dados epidemiológicos nutricionais que servem como indicadores da efetividade destas ações. Dentre os dados epidemiológicos, faz-se mister, considerar as pesquisas do VIGITEL, este sistema de Vigilância, foi implantado desde 2006, em todas as capitais brasileiras, com o intuito de monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para estas doenças, incluindo-se, dentre outras, diabetes, obesidade, hipertensão e demais doenças

cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

### **dados epidemiológicos relacionados a Obesidade, Excesso de Peso e DCNT**

#### **3.3.1 Análise das Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição no SUS através de**

Considerando as últimas publicações do VIGITEL de 2019 e 2021, encontramos os seguintes resultados, como podemos destacar na tabela 01 a seguir:

**Tabela 01 – Excesso de Peso e Obesidade - VIGITEL**

<b>Comparativo entre Pesquisas de 2019 e 2021 - VIGITEL</b>			
<b>Indicadores:</b>	<b>Vigitel 2019</b>	<b>Vigitel 2021</b>	<b>Análise</b>
Excesso de Peso	55,4%	57,2%	Aumento de 1,8%
Obesidade	20,3%	22,4%	Aumento de 2,1%
<b>Informação Relevante:</b> A frequência de excesso de peso diminuiu conforme o aumento da escolaridade, tanto para homens quanto para mulheres, e a Obesidade diminuiu notavelmente entre mulheres com maior nível de escolaridade.			

Fonte: VIGITEL BRASIL 2019 e VIGITEL BRASIL 2021

Observações: O IMC (índice de Massa Corporal) é utilizado em estudos epidemiológicos para se estabelecer o diagnóstico nutricional na população adulta, que é obtido através da divisão do peso pela altura ao quadrado, com os seguintes diagnósticos: Excesso de peso:  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$  e Obesidade:  $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ .

Como verifica-se, em apenas dois anos, os indicadores de Excesso de Peso e Obesidade aumentaram em torno de 2%, e um outro dado relevante descrito na pesquisa, explícita que o excesso de peso e a obesidade, tendem a diminuir sua prevalência, quando

este indicador é relacionado com a escolaridade.

Com relação aos indicadores de Diabetes e Hipertensão, os resultados não poderiam ser diferentes, como verifica-se na tabela 02 a seguir:

**Tabela 02 – Diabetes e Hipertensão Arterial - VIGITEL**

<b>Indicadores:</b>	<b>Vigitel 2019</b>	<b>Vigitel 2021</b>	<b>Análise</b>
Diabetes	7,4%	9,1%	Aumento de 1,7%
Hipertensão Arterial	24,5%	26,3%	Aumento de 1,8%
<b>Informação Relevante:</b> A frequência de Diabetes e Hipertensão Arterial aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.			

Fonte: VIGITEL BRASIL 2019 e VIGITEL BRASIL 2021

O que se observa é que, as doenças supracitadas, se relacionam diretamente com o excesso de peso e obesidade e apresentam

aumento no decorrer do tempo, de forma gradativa, com mais hipertensos entre a população adulta do que diabéticos. Em

consonância, ao que já foi explicitado relacionando com o consumo alimentar, considera-se que, conforme MS, 2021, a alimentação adequada e saudável representa um importante fator para a manutenção da saúde e do bem-estar, representada por alimentos naturais, como por exemplo, o

consumo de frutas e hortaliças, protetores para doenças, por possuírem grande quantidade de fibras e outros nutrientes, e, baixa densidade calórica, em análise a este indicador, podemos citar, na tabela 03 a seguir, como tem se comportado o hábito alimentar da população adulta brasileira nos últimos anos:

**Tabela 03 – Consumo Regular de Frutas e Hortaliças - VIGITEL**

<b>Comparativo entre Pesquisas de 2019 e 2021 - VIGITEL</b>			
<b>Indicadores:</b>	<b>Vigitel 2019</b>	<b>Vigitel 2021</b>	<b>Análise</b>
Consumo Regular de Frutas e Hortaliças	22,9%	22,1%	Diminuiu 0,8%
<b>Informação Relevante:</b> O consumo regular de frutas e hortaliças aumentou conforme o nível de escolaridade.			

Fonte: VIGITEL BRASIL 2019 e VIGITEL BRASIL 2021

**Observações:** No indicador do Consumo Alimentar, a pesquisa considerou o consumo de alimentos marcadores de padrões saudáveis de alimentação, neste quesito abordou-se o Consumo Regular de frutas e hortaliças, considerado regular, quando consumidas em cinco ou mais dias da semana.

O que pode-se extrair dos dados apresentados, referentes ao consumo regular de Frutas e Hortaliças, considerado alimentos protetores da saúde, é que, não houveram mudanças significativas no consumo com o decorrer dos anos, como apresentou o comparativo das pesquisas do VIGITEL, diminuição de 0,8%, porém um fator importante apresentado é que o consumo regular destes alimentos aumentou conforme o nível de escolaridade.

Por outro lado, evidências crescentes têm demonstrado a relação entre as doenças

crônicas e o consumo de alimentos não saudáveis como os ultraprocessados, a exemplo de biscoitos, balas e guloseimas, bolos e misturas prontas para bolo, sopas, macarrão e temperos instantâneos, salgadinhos de pacote, refrescos e refrigerantes, iogurtes etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Em análise então do consumo regular de alimentos ultraprocessados, temos o seguinte resultado, disposto na tabela 04, a seguir:

**Tabela 04 – Consumo de alimentos ultraprocessados - VIGITEL**

<b>Comparativo entre Pesquisas de 2019 e 2021 - VIGITEL</b>			
<b>Indicador:</b>	<b>Vigitel 2019</b>	<b>Vigitel 2021</b>	<b>Análise</b>
Consumo de alimentos ultraprocessados	18,2%	18,2%	-
<b>Informação Relevante:</b> Em ambos os sexos, esse indicador tendeu a diminuir com a idade, e a se elevar quanto menor a escolaridade.			

Fonte: VIGITEL BRASIL 2019 e VIGITEL BRASIL 2021

Neste indicador, em ambos os anos de pesquisa do VIGITEL, tanto 2019, quanto 2021, a frequência de consumo considerada foi de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista, e um importante dado apresentado, em ambas as pesquisas é de que, conforme aumentava o nível de escolaridade, diminuía o consumo destes alimentos.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, utiliza os dados epidemiológicos para nortear ações estratégicas relacionadas as DCNT's, dentre elas, a obesidade, sobrepeso, diabetes e hipertensão, afim de, direcionar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da saúde.

### **3.3.2 Análise das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde de programas relacionados à Obesidade, Sobrepeso e DCNT no âmbito do SUS.**

Em 2021, o Ministério da Saúde, através dos resultados obtidos pelas análises dos dados epidemiológicos, averiguou se estes alcançariam as metas estabelecidas pelo plano de 2011-2022. Com relação a meta de redução da mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano, os resultados demonstraram que esta reduziu nos três períodos analisados, apresentando de 2010 a 2019, redução média de 1,64 % ao ano, porém, observou-se que de 2010 a 2015 diminuiu a velocidade desta redução consideravelmente, e que de 2015 a 2019 esta redução permaneceu, e considerando a diminuição da redução deste indicador, esta meta portanto, não seria atingida em 2022. Em relação a meta estabelecida de detenção do crescimento da obesidade em adultos, esta apresentou aumento no período analisado, porém observou-se que nos últimos cinco anos esse aumento diminuiu (2015 a 2019) em comparação quando da implantação do Plano de Enfrentamento das DCNT (2010 a 2015), no entanto, previu-se que o percentual de

obesidade continuaria crescendo, o que acarretou no não atingimento dessa meta. Já no tocante a meta estabelecida do aumento de consumo recomendado de frutas e hortaliças, demonstrou estabilidade entre 2010 e 2019, porém o desempenho deste indicador apresentou piora nos últimos anos, o que levou a previsão de incerteza no cumprimento desta meta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Desta forma, ainda em 2021, o Ministério da Saúde, após análise dos resultados do plano de 2011-2021 e demais dados epidemiológicos relacionados às DCNT e seus fatores de risco, lançou o Plano de Enfrentamento das DCNT (2023-2030) estabelecendo novas metas, dentre elas, de redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT em 1/3, reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%, deter o crescimento da obesidade em adultos, aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 30%, reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados e reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas, no Brasil até 2030.

Para atingir essas novas metas, o Plano apresenta ações estratégicas específicas a serem implementadas no âmbito das políticas e programas de saúde, dentre elas, podemos citar:

Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer de colo do útero e câncer de mama.

Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais

doenças crônicas: hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade, tabagismo, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT. (PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PAR AO ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 2021.)

Portanto, dentre as ações e estratégias citadas, faz-se *mister* observar a importância de uma equipe multiprofissional no âmbito da APS – Atenção Primária a Saúde, que seja capacitada e direcionada a prevenção e ao tratamento das doenças relacionadas a má alimentação, afim de que se efetive o DHAA, como uma das formas de garantia do direito a saúde, a dignidade da pessoa humana e do próprio direito a vida.

#### 4. Considerações Finais

O que pode se analisar, através da pesquisa apresentada pelo VIGITEL na última década, é a de que, as doenças relacionadas ao sobrepeso, obesidade e DCNT (com enfoque para diabetes e hipertensão), mesmo com os esforços do MS através de ações estratégicas no Plano de Enfretamento de 2011-2022, não tem obtido êxito em alcançar as metas pré estabelecidas, e portanto, fez com que este editasse novas ações estratégicas e metas para o Plano de Enfrentamento, para 2021-2030, no intuito de deter o aumento da obesidade em adulto e reduzir a obesidade infantil e na adolescência, bem como, por reflexo, diminuir as doenças correlacionadas (DCNT), como diabetes e hipertensão.

Dentre as ações estratégicas, enfatiza-se a necessidade de uma equipe multiprofissional, que componha a Atenção Primária a Saúde, para atender a demanda dessa população, haja vista, a integralização do atendimento e do cuidado, para que se consiga prevenir o desenvolvimento de

DCNT, relacionadas aos maus hábitos alimentares.

Como foi discutido, atualmente, no âmbito da Atenção Básica, os profissionais que compõem a equipe, cursam com uma baixa adesão relacionadas as ações de alimentação e nutrição.

E como, uma das ações estratégicas do Plano de Enfrentamento do MS no tocante às doenças que envolvem a alimentação, é a atuação de uma Equipe Multiprofissional para atender na APS, sugere-se a inclusão do nutricionista, como uma das formas de acessibilizar o atendimento individualizado na rede, de forma eficiente, e de maior amplitude no acesso, que enfatize as ações de alimentação e nutrição, conforme sua competência, pois, conforme verificado nas pesquisas, entendimento abstrato é o de que, o acesso a informação sobre o que é a alimentação adequada individualizada, pode ser uma ferramenta para que se mude a realidade da epidemiologia nutricional no país.

Neste viés, é salutar a presença do nutricionista na ESF, que compõe a APS, visto que, conforme a Lei nº 8.243 de 17/09/1991 que regulamenta a profissão de Nutricionista, dispõe que dentre suas atividades privativas citam-se o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos, a assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas, assistência ambulatorial, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos, bem como dispõe o artigo 4º, parágrafo único da referida lei:

É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por

entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área. (Lei nº 8.243/91, artigo 4º, parágrafo único)

Sendo assim, como uma forma de se buscar a garantia a informação sobre alimentação adequada, a própria efetivação do DHAA, seria a inclusão do nutricionista na composição da ESF da APS, culminando assim com um dos princípios do SUS que é o da integralidade no atendimento ao Usuário, bem como através desta medida, garantindo o acesso a este profissional, busca se efetivar também o próprio direito a saúde, haja vista, a prevenção das DCNT relacionadas a alimentação inadequada, protegendo a dignidade da pessoa humana, pois todos têm o direito a uma vida digna e com longevidade.

## 5. Declaração de conflitos de interesses

Nada a declarar.

## 6. Referências

ALVES, K. P. de S; JAIME, P. C. *A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5rjQDDxqWPZ5KprPdJMLFzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991*. Regulamenta a profissão de Nutricionista e dá outras providências. Brasília, DF. 1991. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1989/1994/18234.htm#:~:text=L8234&text=LEI%20No%208.234%2C%20DE,Nutricionista%20e%20determina%20outras%20provid%C3%AAsncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989/1994/18234.htm#:~:text=L8234&text=LEI%20No%208.234%2C%20DE,Nutricionista%20e%20determina%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

BRASIL, *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

BRASIL. *Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006*. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111346.htm). Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021* Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019* Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf), Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

BORTOLINI G. A., OLIVEIRA T. F. V., SILVA S. A., SANTIN R. C., MEDEIROS O. L., SPANIOL AM.,. *Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil*. Rev Panam Salud Publica. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso em 25 de Fevereiro de 2023.

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Direito Humano à Alimentação Adequada, Ampliando a Democracia. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca\\_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan\\_Nacional/exigibilidade\\_direito\\_humano\\_alimentacao\\_adequada.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/exigibilidade_direito_humano_alimentacao_adequada.pdf). Acesso em 12 de Fevereiro de 2023.

CASTRO, I.R.R. *A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição*. Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, Caderno de Saúde Pública 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CH3GmJVXnMRTRH89bL6LZVz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2023.

FREITAS, C. M., BARROS, D. C., SANTOS, C. R. B., ALPINO, T. M. A. COVID-19 e (in)segurança alimentar frente aos desmontes orçamentários e institucionais. Ca. Saúde Pública. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JfJpwMh9ZDrr>

[sm9QG38VnBm/?lang=pt&format=pdf](http://sm9QG38VnBm/?lang=pt&format=pdf). Acesso em 12 de Fevereiro de 2023.

GAMBA, J.C.M. *O direito humano à alimentação adequada : revisitando o pensamento de Josué de Castro*. Rev Jurídica da Presidência. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/PARTICULAR/Downloads/26-Texto%20do%20artigo-467-1-10-20150226.pdf>. Acesso em 10 de Fevereiro de 2023.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em 20 de Fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011*, Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715\\_17\\_11\\_2011.html#:~:text=Atualiza%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20Nutri%C3%A7%C3%A3o.&text=Considerando%20a%20aprova%C3%A7%C3%A3o%20da%20atualiza%C3%A7%C3%A3o,Art](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html#:~:text=Atualiza%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20Nutri%C3%A7%C3%A3o.&text=Considerando%20a%20aprova%C3%A7%C3%A3o%20da%20atualiza%C3%A7%C3%A3o,Art). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2020*, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 15 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília, DF, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Missão Yanomami*. Brasília, DF, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/arquivos/RelatorioYanomamiversao\\_FINAL\\_07\\_02.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/arquivos/RelatorioYanomamiversao_FINAL_07_02.pdf). Acesso em 20 de Fevereiro de 2023.

NILSON E. A. F., ANDRADE R.C.S., BRITO D.A., OLIVEIRA M.L. *Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde*. Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>. Acesso em 12 de Fevereiro de 2023.

PEDRAZA, D. F., MENEZES, T. N., COSTA, G. M. C. *Ações de Alimentação de Nutrição na Estratégia Saúde da Família: estrutura e processo de trabalho*. Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemue/article/view/15848>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2023.

VASCONCELOS, F. A. G., FILHO, M. B. *História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil*. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D8FZJPZRjRtfsQkBjKcysyq/?lang=pt>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2023.

II VIGISAN – *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da Pandemia COVID-19 no Brasil*. Publicado em 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2022/10/14/olheestados-diagramacao-v4-r01-1-14-09-2022.pdf>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2023.

- SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJE 31/03/2022. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/>. Acesso em 13 jun 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ – Habeas Corpus: 717630 GO 2022/0007719-0, Data de Julgamento: 14/06/2022, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 20/06/2022). Disponível

em <https://www.jusbrasil.com.br/>. Acesso em 13 jul. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ – Habeas Corpus: HC 598.051/SP, Rel. Min. Rogério Schietti Cruz, Sexta Turma, por unanimidade, julgado em 02/03/2021. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/>. Acesso em 13 jun. 2022.