

SUBSÍDIOS PARA PARTICIPAÇÃO DO NUTRICIONISTA E DO TND NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que têm a representação dos vários segmentos sociais para, de forma democrática, avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde do país. A Conferência Nacional de Saúde, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), é o maior evento de participação social no Brasil e seus objetivos são:

- Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;
- Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8);
- Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual (PPA) e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS;
- Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

O tema principal da 16ª edição da Conferência é “Democracia e Saúde”, e os eixos temáticos são: Saúde como direito, Consolidação dos princípios do SUS e Financiamento do SUS.

A 16ª Conferência Nacional reunirá cerca de 10 mil pessoas e ocorrerá de 4 a 7 de agosto de 2019, em Brasília-DF. A etapa nacional será precedida pelas etapas municipais (2 de janeiro a 15 de abril de 2019) e estaduais (16 de abril a 15 de junho de 2019), ocasião em que serão eleitos, de forma paritária, os delegados e delegadas da Etapa Nacional (CNS, 2018).

O Sistema Conselho Federal e Regionais de Nutricionistas, a Federação Nacional dos Nutricionistas, a Associação Brasileira de Nutrição e a Associação Brasileira de Educação em Nutrição,

entidades que congregam cerca de 150.000 profissionais em todo país, apresentam um elenco de propostas da área de alimentação e nutrição para as Conferências de Saúde, divididas nos eixos temáticos de discussão.

TEMA: DEMOCRACIA E SAÚDE

É a democracia que permite o controle social, o acompanhamento e monitoramento do SUS como pleno exercício da cidadania. E, no exercício desse direito, devemos empenhar todos os nossos esforços para uma participação qualificada nas Conferências de Saúde na esfera municipal, estadual e nacional.

Nossa missão é defender a saúde como direito de todos e todas e responsabilidade do Estado, a alimentação como determinante social de saúde, bem como, defender os princípios doutrinários e organizativos do SUS e suas diretrizes. Por isso, é imperativo a presença dos nutricionistas nas Conferências! Devemos contribuir com o entendimento da importância da consolidação e ampliação da atenção nutricional em todos os níveis de assistência em saúde, nas três esferas de governo, por meio de propostas que contribuam para a saúde da população, mais especificamente às relacionadas com a alimentação e a nutrição, incluindo o devido acesso ao nutricionista.

Nesse momento histórico de construção das políticas públicas de saúde do país, devemos agir em consonância com os princípios fundamentais da profissão descritos, especialmente, no Art. 2º Código de Ética e Conduta do Nutricionista: *A atuação do nutricionista deve ser pautada na defesa do Direito à Saúde e do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional de indivíduos e coletividades* (CFN, 2018).

EIXO TEMÁTICO I: SAÚDE COMO DIREITO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), menciona em seu artigo 25º que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Sua definição foi ampliada em outros dispositivos do Direito Internacional, como o artigo 11º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Comentário Geral nº 12 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (CDESC/ONU).

Os direitos humanos são universais, indivisíveis, inalienáveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização. Dessa forma, um direito não pode ser realizado sem a existência dos demais (ABRANDH, 2013).

São universais porque se aplicam a todos os seres humanos, independente do sexo e da orientação sexual, idade, origem étnica, cor da pele, religião, opção política, ideologia ou qualquer outra característica pessoal ou social;

São indivisíveis porque os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais são todos igualmente necessários para uma vida digna. Além disso, a satisfação de um não pode ser usada como justificativa para a não realização dos outros;

São interdependentes e inter-relacionados porque a realização de um requer a garantia do exercício dos demais. Por exemplo: não há liberdade sem alimentação; não exercem plenamente o direito ao voto aqueles que não têm direito ao trabalho e à educação; não há saúde sem alimentação adequada e assim por diante. Nesse sentido, a promoção da realização de qualquer direito humano tem que ser desenvolvida de forma interdependente e inter-relacionada com a promoção de todos os direitos humanos;

São inalienáveis, ou seja, são direitos intransferíveis, inegociáveis e indisponíveis, o que significa que não podem ser tirados por outros, não podem ser cedidos voluntariamente por ninguém nem podem ter a sua realização sujeita a condições.

Desse modo, ter saúde de qualidade depende de outros direitos que condicionam e determinam o bem viver.

No Brasil, resultante de amplo processo de mobilização social, foi aprovada, a Emenda Constitucional nº 64, em 2010, que inclui a alimentação como direito social no artigo 6º da Constituição Federal. No entanto, isso não necessariamente significa a garantia da realização desse direito na prática, o que permanece como um desafio a ser enfrentado.

No relatório especial para a ONU (BRASIL, 2002) consta que:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Colocar a saúde e a alimentação como um direito humano significa considerar que são prerrogativas de todo cidadão e cidadã e que o direito à saúde e à alimentação são indissociáveis do direito à vida.

Em prol da saúde e da alimentação como direitos, defendemos:

1. O Fortalecimento de projetos de desenvolvimento que assegure: a soberania nacional; a democratização do sistema político e dos meios de comunicação social; o crescimento econômico integrado ao desenvolvimento nacional; o emprego e o enfrentamento das desigualdades de renda; a manutenção dos direitos sociais conquistados com financiamento que garanta a sustentabilidade das políticas de proteção social; maior poder de regulação do Estado sobre o capital privado e os direitos sociais; investimentos em habitação, saneamento e transporte público; a preservação do ambiente e o manejo sustentável dos recursos naturais; a produção de alimentos saudáveis, e o acesso universal a serviços públicos de qualidade de saúde, educação, previdência e assistência social;
2. O fortalecimento da Saúde Pública como direito fundamental do povo brasileiro e do SUS, como política pública oficial do Estado brasileiro;
3. A ampliação da oferta de serviços e ações do SUS, de modo a aumentar o acesso e o acolhimento dos usuários e a atender as necessidades de saúde da sociedade;
4. O fim de todas as formas de privatização, terceirização e precarização do trabalho em saúde;
5. O estabelecimento de carreira única de Estado para todos os trabalhadores da saúde, como forma de estimular a fixação dos profissionais, fortalecer a carreira pública, valorizar o trabalho e atender a necessidade da saúde da população;
6. A profissionalização da gestão pública, com quadros próprios, qualificados e habilitados;
7. O fomento de ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar;
8. O estabelecimento de um código de conduta que oriente a relação público-privada com setores econômicos cujos princípios, produtos e práticas sejam contrários ou firam os princípios e valores expressos nas políticas públicas ou cuja associação possam configurar conflitos de interesses;
9. O fim do Ensino à Distância (EAD) em graduações da área de saúde;
10. A melhoria da formação dos profissionais voltada para a atuação no SUS, ampliando e fortalecendo a integração entre ensino, pesquisa e extensão;
11. A regulamentação e acompanhamento das reestruturações curriculares das profissões da área da saúde articulada com a regulação e a fiscalização da criação de novos cursos, em acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS;
12. O estabelecimento de mecanismos de exigibilidade de direitos, que permitam a possibilidade de exigir respeito, proteção, promoção e o provimento desses direitos perante os órgãos públicos competentes, sejam eles administrativos, políticos ou judiciais, para prevenir ou reparar as violações;

13. O incentivo a participação da sociedade civil nas instâncias de controle social do SUS, em especial de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiências e no controle da qualidade dos serviços prestados, de autônoma, paritária, democrática e deliberativa;
14. O incentivo a participação social na fiscalização dos alimentos fornecidos para as instituições públicas estaduais e municipais, estabelecimentos de saúde, escolas e creches, instituições de longa permanência para idosos, bem como, da devida assistência nutricional;
15. Outras propostas intersetoriais ligadas à alimentação e nutrição que impactam na saúde da população:
 - Reinstalação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA Nacional), espaço de diálogo do governo federal com os setores e entidades envolvidas no desenvolvimento da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e no fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN);
 - Fortalecimento e implementação da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que incentiva a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis, de acordo com as características e especificidades da região, limpos (livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e organismos geneticamente modificados);
 - Regulamentação das práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis, em especial as voltadas ao público infante juvenil;
 - Implementação de medidas regulatórias de tributação de alimentos não saudáveis, como bebidas adoçadas e outros alimentos ultraprocessados, tendo por base estudos que apontam a alimentação inadequada como o principal fator de risco para a carga de doenças;
 - Divulgação dos impactos dos agrotóxicos e alimentos transgênicos na saúde por meio de campanhas informativas e educativas. Destacamos a necessidade da aprovação pelo Plenário da Câmara dos Deputados, do PL 6670/2016 que trata da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pnara)¹.

¹ Mais informações em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2120775>

EIXO TEMÁTICO II: CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, constitui o SUS o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

São princípios fundamentais do SUS (CNS, 2018):

- **Universalidade:** princípio que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde;
- **Equidade:** princípio de justiça social que busca tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;
- **Integralidade:** princípio que considera a pessoa como um todo, não fragmentada e integrada à comunidade. Para isso, busca-se a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ainda, pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar que a atuação de diferentes áreas tenha repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos;
- **Regionalização e a hierarquização:** princípio que trata da organização e funcionamento do SUS, definindo que os serviços sejam organizados em rede de atenção à saúde, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida;
- **Descentralização:** princípio que visa a redistribuição do poder e das responsabilidades entre os três níveis de governo para que os serviços tenham maior adequação à realidade local e para melhor controle e fiscalização das ações pelos cidadãos;
- **Participação social:** princípio que estabelece que a população é sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade quem pode melhor expressar suas necessidades, discutir suas condições de vida e saúde, propor e definir o serviço público que ela deseja.

Defender o SUS significa defender um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e o acesso integral, universal e gratuito das ações e serviços de saúde para a totalidade da

população brasileira, reconhecendo que, para mais de 75% da população, o SUS é a única opção de assistência à saúde.

A rede que compõe o SUS é ampla e engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999 e atualizada em 2011, integra os esforços do Estado brasileiro, que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

Coordenada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS), fundamental para a implementação da Política nos estados e municípios, a PNAN apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Você sabe como a Pnan tem sido trabalhada em seu município ou estado?

Perguntas para reflexão sobre a realidade local:

Existe coordenação central para sua execução? Existem nutricionistas nesta coordenação? Como se efetivam as ações da Pnan em seu município e estado? O Guia Alimentar para a População Brasileira e o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos têm sido trabalhados na rede municipal e estadual de saúde? A Vigilância Alimentar e Nutricional é realizada no cotidiano da assistência das unidades de saúde e seus resultados são utilizados na definição de ações locais? Quais são as dificuldades para a implementação e monitoramento da Pnan em seu município e/ou estado? Seu município recebe recursos federais para a implementação das ações de alimentação e nutrição junto ao setor saúde? Como são utilizados esses recursos e quais as dificuldades para sua utilização?

A situação alimentar e nutricional do país é alarmante e por isso as ações para fortalecimento da implementação da PNAN em todo território nacional são fundamentais. Dados da Organização Mundial de Saúde de 2017 revelam que 73% das mortes no Brasil foram por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As DCNT compartilham quatro fatores de risco comportamentais modificáveis: (a) alimentação inadequada; (b) uso abusivo de álcool; (c) tabagismo e (d) sedentarismo. As desigualdades sociais no acesso à informação, baixo saneamento básico, entre outros fatores, também são parte do quadro multifatorial das DCNT (WHO, 2003; GBD 2016 CAUSES OF DEATH COLLABORATORS, 2017).

Atualmente, mais da metade da população brasileira adulta tem excesso de peso (54%) e quase 20% já está obesa (BRASIL, 2017). Entre as crianças, estima-se que uma em cada três apresenta excesso de peso e 15% obesidade, sendo o excesso de peso um importante fator de risco para o desenvolvimento de DCNT (IBGE, 2010).

Estudos recentes têm confirmado que a alimentação inadequada é o fator de risco que mais contribui para a carga global de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; SOUZA, 2018). Em termos de impacto financeiro, é importante salientar que a obesidade tem gerado 40% mais visitas a estabelecimentos de saúde; quase 3 vezes mais hospitalizações e um custo de R\$ 3,6 bilhões por ano com tratamento no Brasil. Ressalta-se, ainda, que foram registradas 313.273 internações por diabetes em adultos, o que totalizou gasto estimado de 264,9 milhões de dólares em 2014 (KUDEL et al, 2018; BAHIA et al, 2014).

Somada à questão relacionada às DCNT, é preciso retomar no Brasil os avanços na superação de desafios históricos, como as chagas da desigualdade social, e proteger o país de retrocessos nas políticas públicas de inclusão social que culminaram, por exemplo, no recente retorno do Brasil ao Mapa da Fome, do qual saiu em 2014.

Segundo dados divulgados em novembro de 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, havia 52,8 milhões de pessoas em situação de pobreza no país, aumentando para 54,8 milhões em 2017 - um crescimento de quase 4%. Já a população na condição de pobreza extrema* aumentou em 13%, saltando de 13,5 milhões para 15,3 milhões no mesmo período. Do total de brasileiros, 7,4% estavam abaixo da linha de extrema pobreza em 2017. Em 2016, esse percentual era de 6,6%².

A atuação do nutricionista na promoção, preservação e recuperação da saúde e prevenção de agravos, nesse contexto, é de crucial importância e se dá por meio da adequada assistência nutricional e dietoterápica que visa à promoção da alimentação adequada e saudável.

Ressalta-se que a alimentação adequada e saudável, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.

Nesse sentido, como estratégia para melhoria das condições de saúde e alimentação da população, destacamos que a atenção nutricional precisa ser melhor reconhecida enquanto ação de saúde.

² Segundo o IBGE, é considerada em situação de extrema pobreza quem dispõe de menos de US\$ 1,90 por dia, o que equivale a aproximadamente R\$ 140 por mês. Já a linha de pobreza, é de rendimento inferior a US\$ 5,5 por dia, o que corresponde a cerca de R\$ 406 por mês. Essas linhas foram definidas pelo Banco Mundial para acompanhar a pobreza global.

Ademais, além de defendermos a consolidação e os princípios do SUS, defendemos o fortalecimento do modelo de atenção à saúde em rede centrada na Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012b).

Entretanto, mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apontam para retrocessos nesse modelo de atenção à saúde, tendo, como um dos efeitos possíveis, o desmonte da atenção na perspectiva da integralidade, e o retorno das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços para identificação de sinais e sintomas e tratamento das doenças. A promoção da saúde, importante para apoiar, indiretamente, os indivíduos no cuidado à saúde, deixa, então, de ser prioridade.

Com a nova PNAB, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB)-passa a atuar segundo o modelo tradicional de consultas individuais. Na prática da atenção à saúde, as ações de alimentação e nutrição ficam restritas às consultas com nutricionistas. Estes profissionais, quando presentes na rede de saúde, geralmente estão em número insuficiente para atendimento da demanda e sobrecarregados. Dessa forma, a despeito do grande esforço dos profissionais, as dificuldades em desenvolver ações de promoção da saúde limitam seu alcance, com poucas possibilidades de atuação junto à comunidade.

Nesse sentido, defendemos também a revogação da nova PNAB, reconhecendo as graves repercussões desse modelo de atenção sobre a saúde da população. O NASF, criado com o objetivo de ampliar a abrangência e resolubilidade das ações das equipes da ESF, visa a contribuir para a integralidade do cuidado, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais.

O nutricionista é um dos profissionais que podem integrar as equipes dos NASF. Em 2018, dos 25.995 nutricionistas que atendiam no SUS, 5.134 encontravam-se lotados nos NASF, ou seja, 80% dos NASF do país contavam com nutricionistas (Fonte: Tabnet/Datasus, 2018). A organização da assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS) visa a integrar ações e serviços de saúde (ESF/NASF, unidades

de média complexidade, atenção domiciliar, hospitais, etc.) e deve ser fortalecida nos municípios, regiões de saúde e estados.

O acesso ao cuidado integral também se relaciona à presença e à integração das ações de alimentação e nutrição e à necessidade de nutricionistas nos diversos dispositivos de atenção à saúde, atuando de forma transversal, no fortalecimento das linhas de cuidado à saúde.

Como está organizada a atenção básica em seu município ou estado?

Perguntas para reflexão sobre a realidade local:

De que forma a reformulação da PNAB modificou as ações de saúde locais? As equipes de Atenção Básica contam com o apoio do Nasf? Os Nasf do município contam com nutricionistas habilitados? Quais são os desafios e possibilidades para que a atenção nutricional aconteça na atenção básica do município, garantindo a efetivação do cuidado nutricional e das ações de prevenção e promoção da alimentação saudável? Quais são os desafios e possibilidades para a efetivação da atenção nutricional nas linhas de cuidado à saúde, na perspectiva das RAS?

Diante do supracitado, entendemos como prioridades que devam ser incluídas nas discussões para Consolidação do SUS as seguintes proposições:

1. Garantia do acesso à assistência alimentar e nutricional, nos diversos níveis de atenção, realizada por nutricionista habilitado e capacitado;
2. Fortalecimento da implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em todo território nacional por meio das seguintes ações:
 - 2.1 Reconhecimento da atenção nutricional como parte do cuidado em saúde, a incorporação do cuidado em rede também na organização da atenção nutricional e manutenção das políticas e programas de prevenção e cuidado da área de alimentação em curso;
 - 2.2 Qualificação dos gestores quanto à PNAN e à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
 - 2.3 Fortalecimento dos instrumentos de monitoramento das ações e programas da PNAN e da PNPS;
 - 2.4 Efetiva utilização intra e intersetorial dos Guias Alimentares, como instrumento orientador da formulação de diretrizes nacionais;
 - 2.5 Desenvolvimento de estratégias permanentes e efetivas de educação e comunicação sobre alimentação adequada e saudável, tendo os Guias Alimentares e o Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas como documentos orientadores;
 - 2.6 Publicação do Guia Alimentar para crianças menores de 02 anos, revisto recentemente;
 - 2.7 Manutenção e ampliação de programas de suplementação de micronutrientes e garantia da produção nacional de sachês com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó para o

desenvolvimento da Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes-*NutriSUS* para atender a todo país, sem interrupção;

- 2.8 Ampliação da cobertura, produção e divulgação regular de relatórios sobre o estado nutricional e consumo alimentar da população de municípios e estados, por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional e de outros sistemas de informação em saúde, possibilitando o conhecimento da população sobre suas condições de saúde e nutrição e subsidiando o controle social, a constante avaliação, monitoramento e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida;
- 2.9 Manutenção da periodicidade de estudos populacionais que subsidiam as políticas públicas de alimentação e nutrição, como o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas, Pesquisa Nacional de Saúde, Pesquisa de Orçamentos Familiares, Pesquisa Nacional de Amostras em Domicílio, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, entre outras;
- 2.10 Garantia da manutenção e ampliação do financiamento dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para ações de Alimentação e Nutrição a todos os municípios brasileiros, com adequada prestação de contas relacionada a sua utilização nos municípios e estados;
- 2.11 Inserção das toxinfecções alimentares na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, para divulgação à população;
- 2.12 Incentivo constante à prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos ou mais) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano;
- 2.13 Ampliação do acesso, para toda sociedade brasileira, a alimentos saudáveis e a espaços de lazer que permitam a realização de atividades físicas;
- 2.14 Produção de evidências científicas que contribuam para a prevenção e controle das DCNT;
3. Implementação das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede de Atenção à Saúde e revogação da nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
4. Melhorias na rotulagem nutricional de alimentos com apresentação de informações mais claras e acessíveis; adequação da tabela nutricional; e inserção de um alerta na parte frontal das embalagens de produtos processados e ultraprocessados para informar de forma simples, visível e facilmente compreensível a presença ou excesso de nutrientes específicos, considerados críticos para a saúde: Açúcares, Gorduras Totais, Gorduras Saturadas, Sódio, Adoçante e

Gordura Trans. Defendemos a adoção, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da proposta de rotulagem nutricional apresentada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e apoiado pela Aliança pela Alimentação Saudável e Adequada³;

5. Qualificação da formação dos profissionais do setor saúde, com vistas ao fortalecimento da atuação interdisciplinar e multiprofissional, na qual os saberes devem ser compartilhados na construção de projetos e intervenções junto ao indivíduo e à comunidade, especialmente sobre os fatores de risco e sobre o cuidado aos portadores de DCNT;
6. Ampliação da utilização de ferramentas de educação permanente em saúde, como o Telessaúde;
7. Utilização de protocolos de atenção à saúde (Cadernos de Atenção Básica - CAB), no cotidiano da assistência;
8. Maior presença de nutricionistas nas políticas públicas. Entendemos que os nutricionistas são profissionais capacitados e habilitados no entendimento da multidimensionalidade de tais políticas, por isso defendemos:
 - Que a gestão das políticas de alimentação e nutrição existentes no país, especialmente realizadas pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – Cgan/MS e pela Gerência Geral de Alimentos - GGALI/Anvisa sejam coordenadas por nutricionistas;
 - A realização de concurso público para auditor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS/MS), (área específica para nutricionista), a fim de que sejam realizadas auditorias periódicas na alimentação fornecidas aos pacientes/usuários do SUS;
 - A garantia de que pessoas jurídicas, de direito público ou privado, nas três esferas de governo, cujo objetivo social ou atividades estejam ligadas à alimentação e nutrição humanas, tenham nutricionistas;
 - Que, a exemplo do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), e demais programas do Governo Federal, relacionados à alimentação e nutrição, sejam geridos por nutricionistas.

³ Conheça a carta assinada por 26 especialistas e pesquisadores, referências mundiais no estudo sobre obesidade, diabetes e nutrição em saúde pública, em apoio ao modelo de rotulagem nutricional desenvolvido pelo Idec e pesquisadores da UFPR. O intuito da ação é chamar a atenção da Anvisa para a necessidade de aprovar um modelo de rotulagem que garanta à população uma informação mais clara sobre os produtos ultraprocessados e a ajude a fazer escolhas alimentares mais conscientes: <https://alimentacaosaudavel.org.br/cartaabertaespecialistas/>.

EIXO TEMÁTICO III: FINANCIAMENTO

Apesar dos avanços e resultados do SUS para a sociedade, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à Saúde Pública que os demais países que detêm um sistema público e universal, tais como Reino Unido, Alemanha, Espanha, França e Canadá.

Ainda é significativo o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar da pessoa física ou jurídica, o que é aplicado sobre despesas com plano de saúde e/ou médicas e similares (MENDES, 2019). Nos últimos anos, há incentivo federal para a criação de planos de saúde mais populares, que atendem doenças de menor custo e dão menor cobertura para doenças mais graves. Uma vez que ocorra uma intercorrência mais grave, como uma neoplasia ou a necessidade de um transplante, a cobertura dos planos privados mais simples não acontece, onerando o SUS, o qual, por sua vez, não é ressarcido. Esse sistema visa favorecer o capital privado em detrimento do sistema público (SALDIVAS e VERAS, 2011).

É nesse cenário que surge a Emenda Constitucional (EC) 95, que limita por 20 anos o gasto primário do governo federal. O teto para o gasto será definido com base na despesa primária, que fica limitado por um teto definido pelo montante gasto no do ano anterior, reajustado pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), cujo crescimento é insuficiente para contemplar o crescimento da população. Na prática, mesmo que a economia volte a crescer, as receitas públicas se recuperem, se combata à sonegação e a corrupção, os gastos sociais estarão estagnados. Estudos projetam efeitos nefastos das medidas de austeridade fiscal na morbimortalidade infantil (RASELLA, 2018).

Nesse sentido, compartilhamos do clamor de todos os que defendem:

1. A garantia e a ampliação das políticas sociais no país, pela revogação imediata da EC 95;
2. A garantia de financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;
3. Revisão geral da renúncia de receita ou dos gastos tributários da União, especialmente dos subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde;
4. Regulação e fiscalização de forma compatível com o bem protegido – a saúde humana – do setor privado que atua na área da saúde;
5. Revisão da política de patentes relacionada aos insumos e produtos da área da saúde, fortalecendo os interesses nacionais e da saúde pública.

Acreditamos piamente que a discussão da Defesa do SUS e de seus avanços efetivos presentes na 16ª Conferência Nacional de Saúde podem contribuir para a Saúde da população brasileira e conclamamos todos os nutricionistas a participar dos debates que ora se iniciam.

Sistema Conselho Federal e Regionais de Nutricionistas - Sistema CFN/CRN

Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

Federação Nacional de Nutricionistas - FNN

Associação Brasileira de Educação em Nutrição - ABENUT

Referências Bibliográficas:

ABRANDH - AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em 18 de janeiro de 2019.

BAHIA, Luciana; ARAÚJO, Denizar Vianna. **Impacto econômico da obesidade no Brasil**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 13, n. 1, 2014.

BRASIL. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil** - Documento elaborado para a visita ao Brasil do Relator Especial da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas sobre Direito à Alimentação. Brasília, março de 2002.

_____. Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. **Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social**. Diário Oficial da União, fevereiro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. : il. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. 2018. 130.: il

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **16ª Conferência Nacional de Saúde. Democracia e Saúde. Documento orientador de apoio aos debates.** 2018. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/14Ofo8m2_46V2nDt2GbKB_nfAP0X4P-CQ/view. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências.** 2018. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_599_2018.htm. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

GBD 2016 CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. **Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.** Lancet. 2017;390(10100):1151–210.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida.** Rio de Janeiro; 2010. MENDES, A. **Gestão pública e relação público-privado na Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2347-2350, Apr. 2011. Acesso em 10 de janeiro de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400035>

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018 /** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em 21 de janeiro de 2019.

KUDEL, IAN. **The Association between Body Mass Index and Health and Economic Outcomes in Brazil.** Diabetology & Metabolic Syndrome 10 (2018): 20. PMC. Web. 7 June 2018.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU. Comentário Geral 12.** Genebra, 1999.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Nova Iorque, 1948..

_____. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Nova Iorque, 1966.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles.** 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

RASELLA, D; BASU, SANJAY; HONE THOMAS; PAES-SOUSA, ROMULO; OCKE-REIS CARLOS OCTÁVIO; MILLETT CHRISTOPHER. **Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study.** Plos Medicine, v. 15, n. 5, p. 1-20, 2018

SALDIVA PHN; VERAS M. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras.** Estud. av., São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, Apr. 2018. Acesso em 10 de Janeiro de 2019. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SOUZA MFM et al. **Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1737-1750, June, 2018. Acesso em 07 Jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.** Geneva: World Health Organization; 2003.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Genebra, 2011.