e-ISSN 2675-7656

V. 4, N. 1, 2021

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Publicação da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES
Secretaria de Estado de Saúde

GOVERNO DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

e-ISSN 2675-7656

V. 4, N. 1, 2021

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

A revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado de Saúde

Comitê Editorial

Editoras Chefe

Inara Pereira da Cunha – (SES/ESP)

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

Editor de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva
Bibliotecário – (CRB1/2791)

Marli Vitor da Silva
Bibliotecária – (CRB1/3279)

Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

Conselho Editorial

Editores Adjuntos

Ana Paula Rezende Goldfinger (SES/ESP)
Bianca Corrêa de Castro (SES/ESP)
Edgar Oshiro (SES/ESP)
Estela Marcia Rondina Scandola (SES/ESP)
Marcia Naomi Santos Higashijima (SES/ESP)

Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa (UFMS)
Ana Rita Barbieri (UFMS)
Cibele Moura Sales (UEMS)
Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)
Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)
Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)
Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UFGD)
Karine Cavalcante da Costa (ATENÇÃO BÁSICA/SES)
Laís Alves de Souza Bonilha (UFMS)
Luiz Claudio Santos Thuler (INCA/RJ)
Mauricio Pompílio (UFMS/UNIDERP)
Rogério Dias Renovato (UEMS)
Rosa Malena Xavier (Uneb)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul
Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga
79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil
Tel.: (67) 3345-8000 – E-mail: *revistasp@saude.ms.gov.br*
Disponível em: *http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Brasil

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. -- Vol. 1, n. 1, (2018) - . - Campo Grande, MS: Escola de Saúde Publica Dr. Jorge David Nasser, 2018 -.

v.

Semestral
ISSN 2675-7656 Online
ISSN 1981-9722 Impresso

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. II. Titulo.

CDD 614.058171 (23)

Bibliotecários Responsáveis: Marcos Rubens Alves da Silva CRB1/2791
Marli Vitor da Silva CRB1/3279

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da revista.

Este é um periódico de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

SUMÁRIO

EDITORIAL *5*

ARTIGOS ORIGINAIS

ORIGINAL ARTICLES

GEORREFERENCIAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EM RONDÔNIA: ESTUDO ECOLÓGICO ENTRE 2008 A 2018 ..... *7*

GEORREFERENCE OF TUBERCULOSIS CASES IN RONDÔNIA: ECOLOGICAL STUDY BETWEEN 2008 AND 2018

Nathalia Halax Orfão, Tatiane Cabral Siqueira, Gisele Aparecida Soares Cunha de Souza, Nilda de Oliveira Barros

COBERTURA E ESTADO NUTRICIONAL NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: EVOLUÇÃO DE 2008 A 2018 ..... *18*

COVERAGE AND NUTRITIONAL STATUS AT THE FOOD AND NUTRITION SURVEILLANCE SYSTEM: EVOLUTION FROM 2008 TO 2018

Beatriz Hiert de Andrade, Naiara Ferraz Moreira, Verônica Gronau Luz, Caroline Camila Moreira, Nattiele Neres Ferreira Fernandes, Rita de Cassia Bertolo Martins

AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE *30*

EVALUATION OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE IN MATO GROSSO DO SUL FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa, Gabriel Cunha Beato, Rita de Cassia Bertolo Martins, Maria Rita Marques de Oliveira

RISCO DE DISMORFISMO CORPORAL EM ADOLESCENTES ASSOCIADO AO ESTADO NUTRICIONAL *43*

ASSOCIATION OF ADOLESCENTS' BODY DISMORPHISM WITH NUTRITIONAL STATUS

Lucas Gerke Cordeiro, Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva

ASPECTOS RELACIONADOS AO ACESSO A MEDICAMENTOS POR IDOSOS DE CAMPO GRANDE – MS *53*

ASPECTS RELATED TO ACCESS TO MEDICINES BY ELDERLY IN CAMPO GRANDE – MS

Letícia Ribeiro Moreira, Ana Isabel do Nascimento, Maria Elizabeth Araújo Ajalla, Cláudia Du Bocage Santos-Pinto

ARTIGOS DE REVISÃO

REVIEW ARTICLES

FINANCIAMENTO DO SUS: UMA QUESTÃO DE RECURSOS OU GESTÃO? *69*

SUS FINANCING: A RESOURCE OR MANAGEMENT ISSUE?

Heloísa Geminiano, Camilla Haddad Oliveira, Isabela Yurie Yamada, Isadora Borges de Brito, Julia Schwingel

RELATO DE EXPERIENCIA

EXPERIENCE REPORT

ESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MATO GROSSO DO SUL *86*

STRUCTURING THE STRATEGIC INFORMATION CENTER FOR HEALTH SURVEILLANCE IN A CITY IN MATO GROSSO DO SUL

Luciana Azevedo Fascini Miziara, Vanessa Coelho de Aquino Benjoino Ferraz,Caroline Macksyr Curvo Cavalcanti, Clelia Adriana de Oliveira Leite, Alessandra Lyrio Barbosa Giroti, Margarete Knoch

RESUMOS

ABSTRACTS

DAR A CARA A TAPA: A (TRANS)FORMAÇÃO DE GÊNERO DAS TRAVESTIS *99*

Gabriel Luis Pereira Nolasco

EDITORIAL

Caros Leitores,

O conceito do trabalho em saúde pode ser analisado por diferentes configurações teóricas. O mesmo pode ser avaliado, além dos aspectos econômicos, e ser considerado por meio do ponto de vista humano, e pelo conjunto de habilidades que envolvem o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, interpretar, reagir as situações, sentir, pensar e inventar. O ato de "trabalhar", provoca as pessoas a responderem a tarefas que são perpassadas por pressões materiais, sociais, pela conjuntura política, e pela organização dos setores públicos e privados.

A presente edição da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, corresponde a um somatório de narrativas, e estudos desenvolvidos no centro dos serviços, e de forma especial, retrata o trabalho que faz ser "vivo" e dinâmico o Sistema Único de Saúde.

Assim o artigo de revisão integrativa "Financiamento do SUS: uma questão de recursos ou gestão?", em conjunto com o artigo de relato de experiência "Estruturação do centro de informações estratégicas em vigilância em saúde de um município de Mato Grosso do Sul", e os artigos originais "Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde do Mato Grosso do Sul sob a ótica dos profissionais de saúde", e "Aspectos relacionados ao acesso a medicamentos por idosos de Campo Grande – MS", são leituras recomendas para a compreensão dos obstáculos atuais que permeiam o trabalho e operam no acesso à saúde.

Ainda, os artigos originais "Georreferenciamento dos casos de tuberculose em Rondônia: Estudo ecológico entre 2008 a 2018", "Cobertura e estado nutricional no sistema de vigilância alimentar e nutricional no Brasil: Evolução de 2008 a 2018", e "Risco de dismorfismo corporal em adolescentes associado ao estado nutricional", revelam a situação de saúde de grupos populacionais que precisam de maior atenção dos serviços, por meio de um processo de trabalho qualificado.

Por fim, sem desvincular das discussões sociais e que emergem como desafios laborais, em meio a pluralidade dos territórios da saúde, o texto "Dar a cara a tapa: a (trans)formação de gênero das travestis", estimula a reflexão dos trabalhadores, profissionais, gestores e cidadãos a desconstruírem conceitos e reverem práticas de cuidado com o próximo.

Almejamos assim que esta nova publicação embase ações, e estimule outras investigações que contribuam com a organização dos serviços, em prol de um trabalho em saúde humanizado, e de qualidade.

Com esperança de tempos melhores.

Boa leitura!

Inara Pereira da Cunha
Editora Chefe da RSPMS

GEORREFERENCIAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE EM RONDÔNIA: ESTUDO ECOLÓGICO ENTRE 2008 A 2018

GEORREFERENCE OF TUBERCULOSIS CASES IN RONDÔNIA: ECOLOGICAL STUDY BETWEEN 2008 AND 2018

Nathalia Halax Orfão[1], Tatiane Cabral Siqueira[2], Gisele Aparecida Soares Cunha de Souza[3], Nilda de Oliveira Barros[4]

RESUMO

Introdução: O georreferenciamento é uma importante ferramenta para identificar como tem ocorrido a distribuição espacial dos casos e auxiliar na definição de estratégias para o controle de uma doença. **Objetivo:** Analisar o georreferenciamento dos casos de tuberculose (TB) em Rondônia, no período entre 2008 a 2018. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa realizado no estado, a partir dos registros dos doentes de TB notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e tratados em Rondônia no período supracitado. A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento das variáveis (município de notificação, município de residência, município de tratamento e situação de encerramento) e, posteriormente, realizada análise descritiva e espacial, após atender aos preceitos éticos. **Resultados:** Foram selecionados 7.643 casos por atenderem os critérios previamente estabelecidos. Destes, a maioria foi notificada na Região Madeira Mamoré (67,5%), principalmente em Porto Velho. Quando comparado o município de notificação e residência verificou-se centralização das notificações e tratamento da TB diferentes do município de residência, refletindo nas situações de encerramento, tais como baixos percentuais de cura e elevado para abandono. **Conclusão:** A distribuição espacial dos casos, revelam que a TB se concentra na capital e municípios fronteiriços do estado determinados pelas especificidades locais e pelo próprio processo de gestão em não priorizar, dentro do planejamento de saúde, ações voltadas para o controle da TB.

Palavras-chave: Tuberculose. Mapeamento geográfico. Sistemas de Informação em Saúde. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Georeferencing is an important tool to identify how the spatial distribution of cases has occurred and to help define strategies to control a disease. Aim: To analyze the georeferencing of tuberculosis (TB) cases in Rondônia, from 2008 to 2018. **Materials and methods:** Ecological study with a quantitative approach carried out in the state, based on the records of TB patients notified at Notifiable Diseases Information System (SINAN) and treated in Rondônia in the aforementioned period. Data collection was carried out by surveying the variables (municipality of notification, municipality of residence, municipality of treatment and situation of closure) at SINAN and, subsequently, a descriptive and spatial analysis, after meeting the ethical precepts. **Results:** In the period from 2008 to 2018, 7,643 cases were selected for meeting the previously established criteria. Of these, the majority were reported in the Madeira Mamoré Region (67.5%), mainly in Porto Velho. When comparing the municipality of notification and residence, there was a centralization of notifications and treatment of TB different from the municipality of residence, reflecting in the situations of closure, such as low percentages of cure and high for abandonment. **Conclusion:** The spatial distribution of cases reveals that TB is concentrated in the state capital and border municipalities determined by local specificities and by the management process itself in not prioritizing, within health planning, actions aimed at TB control.

Keywords: Tuberculosis. Geographic mapping. Health Information Systems. Public Health Surveillance.

[1] Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil. Orcid: 0000-0002-8734-3393. E-mail: nathaliahalax@unir.br.
[2] Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil. Orcid: 0000-0002-3860-1261. E-mail: tatianecabralsiqueira@gmail.com.
[3] Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil. Orcid: 0000-0001-7226-4476. E-mail: gisele.souza.unir@gmail.com.
[4] Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia, Brasil. Orcid: 0000-0002-3580-7686. E-mail: nilda_fofinha@hotmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema mundial de saúde que exige o desenvolvimento de estratégias que visem o controle da doença, visto que é uma das 10 principais causas de óbitos no mundo. Em 2018, estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram a doença e 1,451 milhões foram a óbito (WHO, 2019).

O Brasil está entre os 22 países que possuem 80% da TB mundial (WHO, 2019). Em 2018, no país, foram notificados 75.239 casos novos de TB e 4.490 óbitos, o que corresponde a um coeficiente de incidência e mortalidade de 34,8 casos e 2,2 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Na Região Norte, Rondônia notificou 519 casos novos de TB, (28,5 casos/100 mil habitantes), abaixo do coeficiente de incidência do país naquele ano (34,8 casos/ 100 mil hab.). Todavia, existe uma significativa disparidade entre os municípios, principalmente em Porto Velho, o qual é responsável pela maioria dos casos (61,5%) do estado e apresenta um elevado coeficiente de incidência (59,5 casos/100 mil hab.). Em relação aos desfechos, apresentou baixa taxa de cura (67,4%) e elevada para o abandono (18,6%) (BRASIL, 2020).

Para a prestação de assistência adequada da TB, o Programa Nacional de Controle da TB recomenda a descentralização do atendimento para a Atenção Primária à Saúde (APS), no que concerne ao desenvolvimento de ações e estratégias de vigilância e controle da doença (BRASIL, 2018), que perpassam a notificação dos casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo o georreferenciamento uma importante ferramenta para subsidiar a gestão dos profissionais de saúde, na medida em que contribui com o planejamento, monitoramento e análise das políticas de saúde (FUSCO *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2019).

Segundo os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em 2019, 54,5% dos casos novos de TB foram notificados e 61,4% foram acompanhados na APS, com maiores percentuais de notificação e acompanhamento nesse nível de atenção para a região Norte (BRASIL, 2020).

Diante da situação epidemiológica no estado, este estudo teve como objetivo analisar o georreferenciamento dos casos de TB em Rondônia, no período entre 2008 a 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa realizado no estado de Rondônia, localizado na Região Norte do país. Faz fronteira com os estados do Amazonas, Acre e Mato Grosso, além da República da Bolívia. Possui uma população estimada, em 2019, de 1.777.225 habitantes, distribuída em 237.765,233 km^2 e uma densidade demográfica de 6,58 hab/km^2. Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humanos (IDH) (0,69) abaixo do nacional (0,76), rendimento mensal domiciliar per capita R$ 1.136, índice de Gini 0,46 e incidência de pobreza 27,02% (IBGE, 2019).

É constituído por 52 municípios nas sete Regiões de Saúde (Madeira Mamoré, Vale do Jamari, Central, Zona da Mata, Café, Cone Sul e Vale do Guaporé) (Figura 1). Possui uma extensa área territorial e um cenário distinto com significativa zona rural, além da população ribeirinha e indígena. Apresenta 936 estabelecimentos públicos de saúde do SUS, representados por unidades da APS, hospitais, policlínicas, unidades ambulatoriais, entre outros tipos de serviços.

Figura 1 - Mapa demonstrativo das sete Regiões de Saúde do estado de Rondônia, 2020.

Fonte: Rondônia (2014)

A atenção à TB no estado, é descentralizada para APS, a qual é responsável por realizar ações para identificar os sintomáticos respiratórios (SR), solicitar exames diagnósticos, HIV, notificar os casos no SINAN, acompanhar os casos de TB em tratamento, identificando os faltosos, além de oferecer o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e investigar os contatos.

Como rede de apoio, o estado possui um hospital, localizado em Porto Velho, o qual é referência para o tratamento de TB drogaresistente (TB-DR) e internação, se necessário; em nível ambulatorial, os municípios possuem o Serviço de Assistência Especializada (SAE) para atendimento dos casos coinfectados TB/HIV. Para o diagnóstico laboratorial, possui ainda o Laboratório Central de Saúde Pública para a realização da cultura de escarro e teste de sensibilidade.

A população do estudo foi constituída por todos os registros dos doentes de TB notificados no SINAN e tratados em Rondônia no período entre 2008 a 2018. Foi considerado como critério de inclusão, os registros dos doentes que residiam no estado. E como exclusão, todos aqueles registros, cujas variáveis consideradas neste estudo estavam “em branco”.

A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento das variáveis (município de notificação, município de residência, município de tratamento e situação de encerramento) no SINAN.

Posteriormente, os dados coletados foram armazenados no Programa Microsoft Excel e, para permitir a análise da distribuição espacial e confecção dos mapas temáticos foram geocodificados por meio da análise espacial no Tabwin. Os mapas temáticos delimitados pelas cidades, em escala de cinza, definem as regiões com maior número de casos/ percentuais em relação às situações de encerramento em cores mais escuras e as mais claras com menores quantitativos.

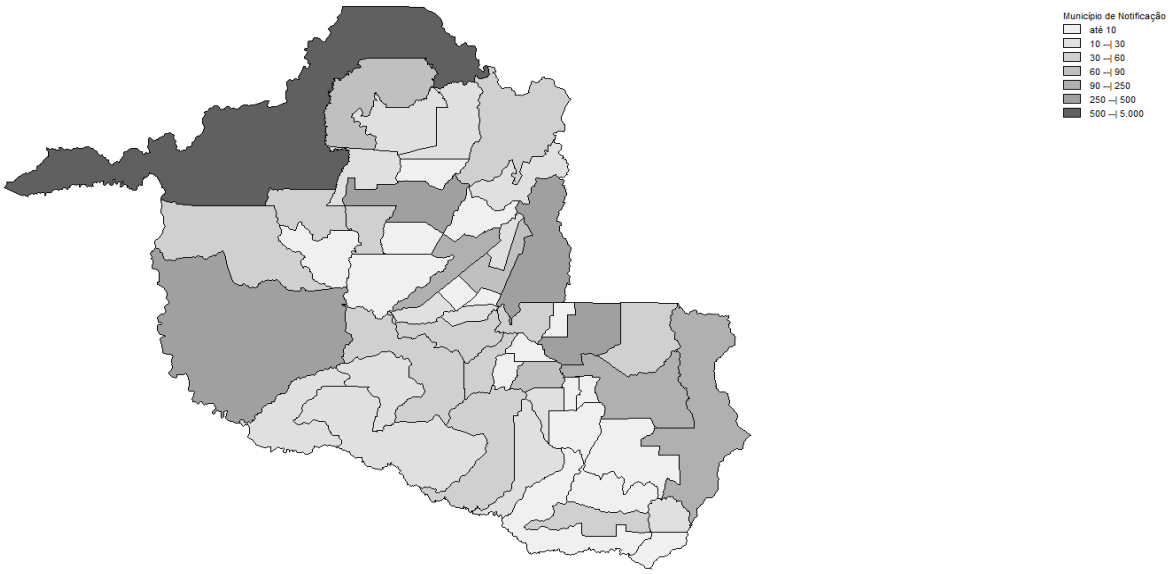
Atendendo às recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto matriz intitulado “Tuberculose no estado de Rondônia: um estudo de avaliação em saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia, conforme parecer 3.939.112/2020.

RESULTADOS

No período entre 2008 a 2018, foram notificados 7.804 casos de TB, sendo excluídos 161, dos quais 133 por residirem em outros estados, dentre eles Amazonas, Acre, Mato Grosso, Maranhão, Piauí, Goiás, Bahia, Paraná; e o restante por apresentarem as variáveis em branco - município de residência (5 casos), município de tratamento (2 casos) e situação de encerramento (21 casos) - totalizando 7.643 casos.

Em relação a distribuição espacial das notificações houve concentração na Região Madeira Mamoré (67,5%), principalmente em Porto Velho. Ressalta-se o número elevado de notificações nos municípios fronteiriços (Figura 2).

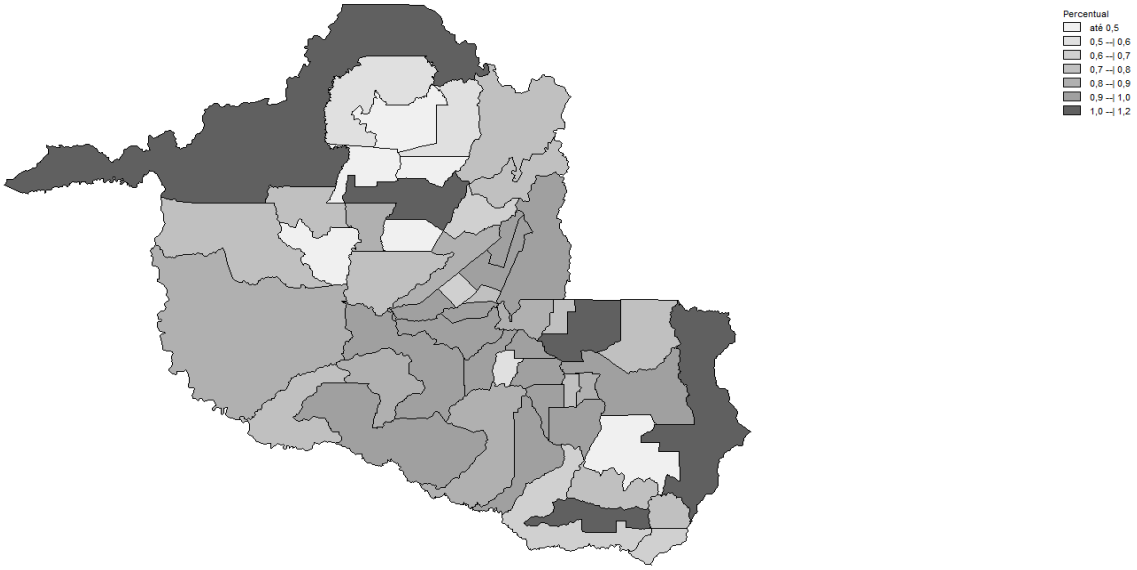
Figura 2 - Distribuição espacial dos casos de TB, de acordo com o município de notificação em Rondônia, no período de 2008 a 2018.



Fonte: SINAN (2020)

Quando comparado o município de notificação e residência verificou-se que os municípios sedes das Regiões de Saúde, dentre eles Porto Velho (Madeira-Mamoré), Ariquemes (Vale do Jamari), Cacoal (Café) e Vilhena (Cone Sul), além de Cerejeiras, referem-se aqueles que mais realizam notificações de casos residentes de outros municípios (Figura 3).

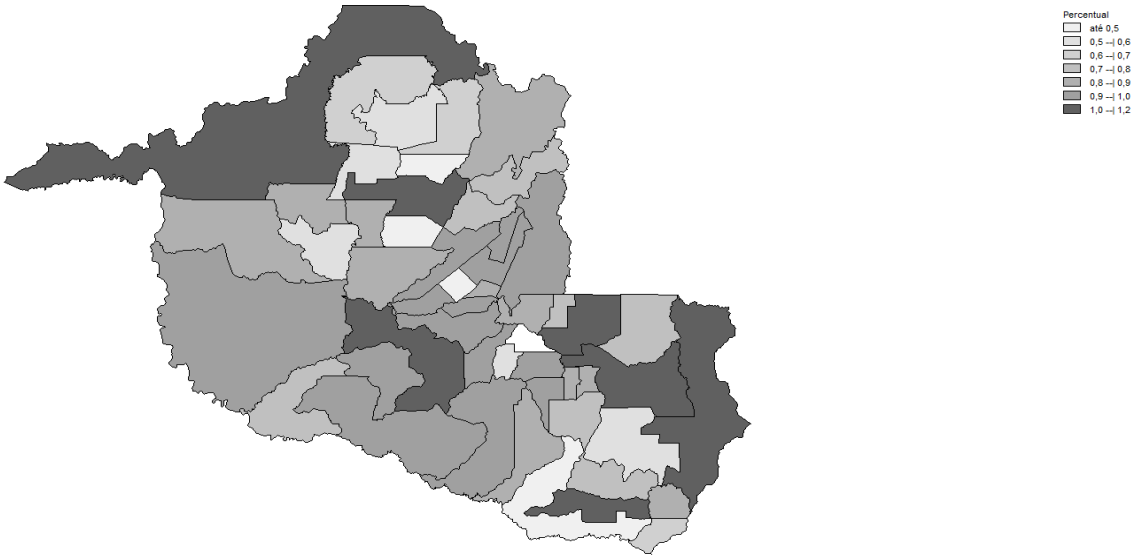
Figura 3 - Distribuição espacial do percentual de casos de TB notificados por município de residência em Rondônia, no período de 2008 a 2018.



Fonte: SINAN (2020)

Ainda que outros municípios realizem o tratamento da TB, os quais difere do município de residência (Figura 4).

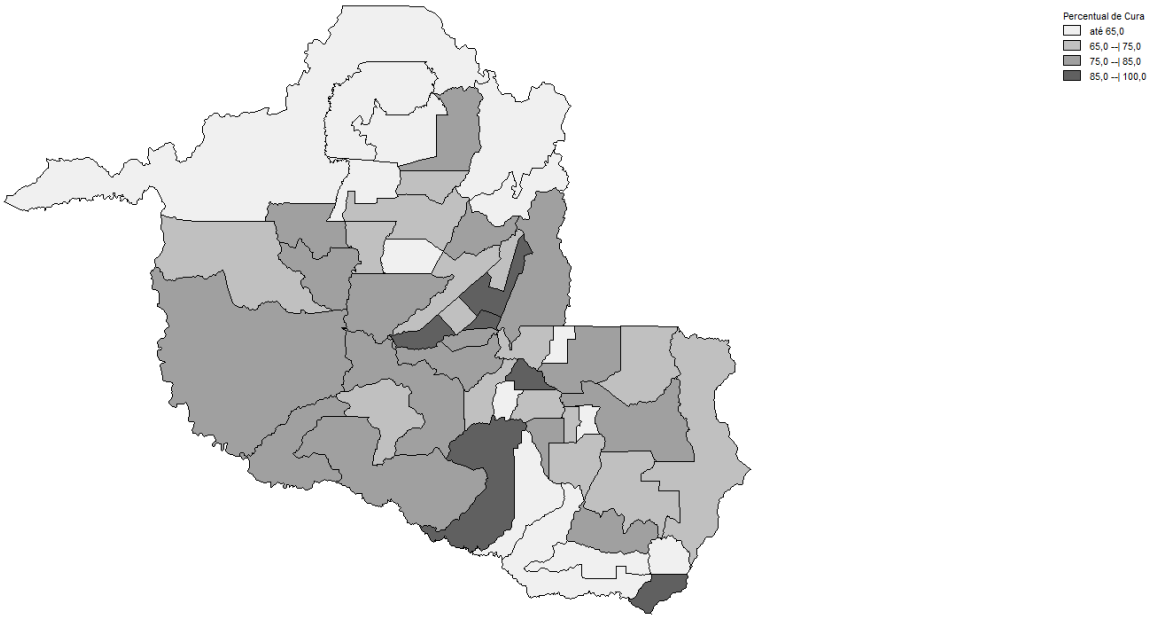
Figura 4 - Distribuição espacial do percentual de casos de TB em tratamento por município de residência em Rondônia, no período de 2008 a 2018.



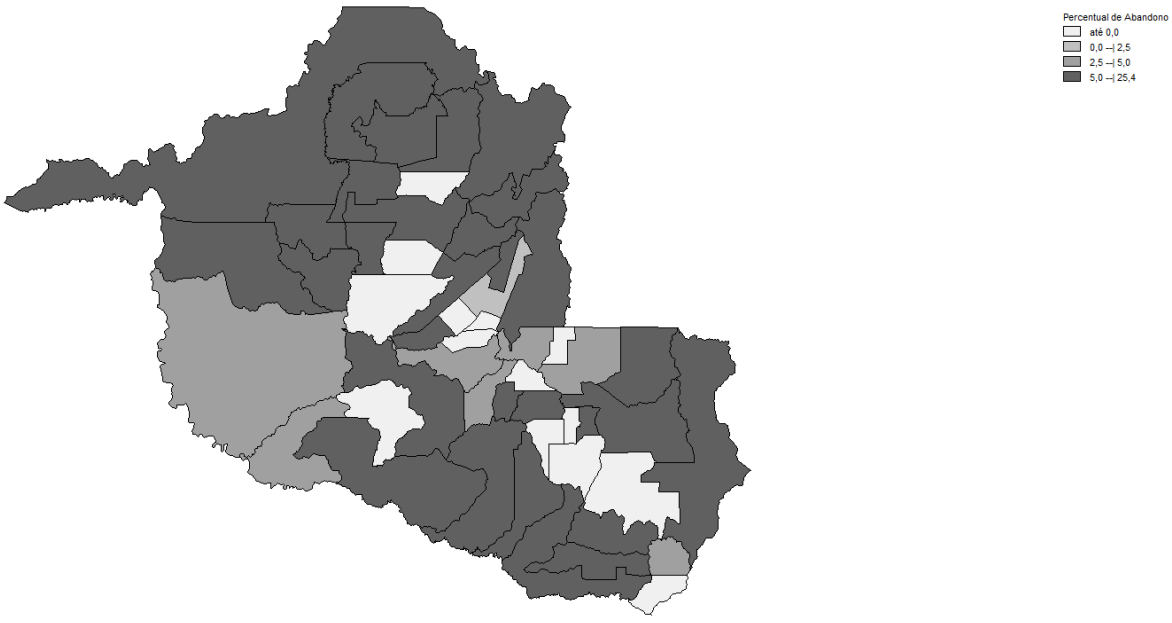
Fonte: SINAN (2020)

Tais achados refletem os baixos percentuais de cura (Figura 5a), elevado para abandono (Figura 5b), óbito por TB (Figura 5c) e outras causas (Figura 5d), bem como transferência (Figura 5e) e outras situações de encerramento (Figura 5f) na maioria dos municípios.

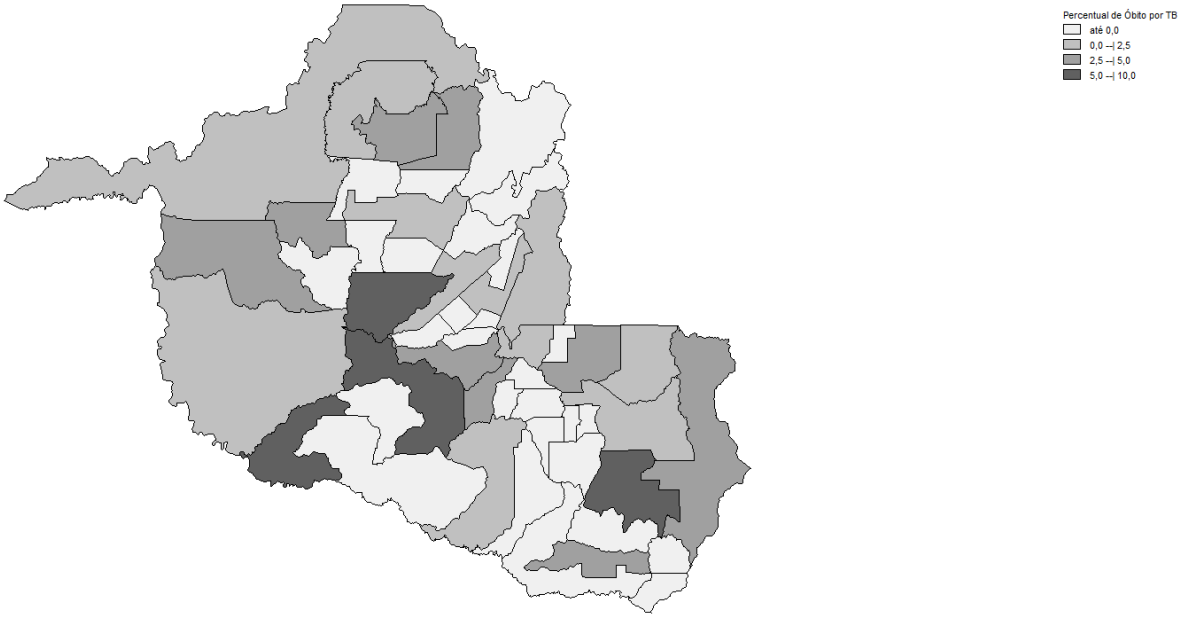
Figura 5 - Distribuição espacial do percentual de casos de TB, de acordo com a situação de encerramento por município de residência em Rondônia, no período de 2008 a 2018.



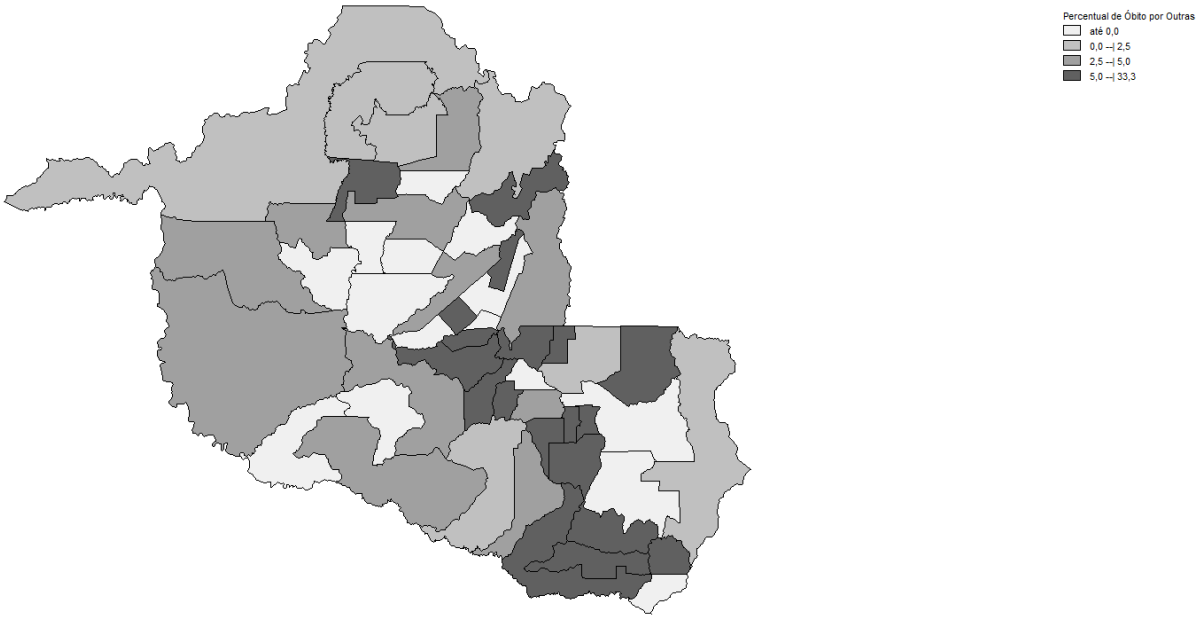
a



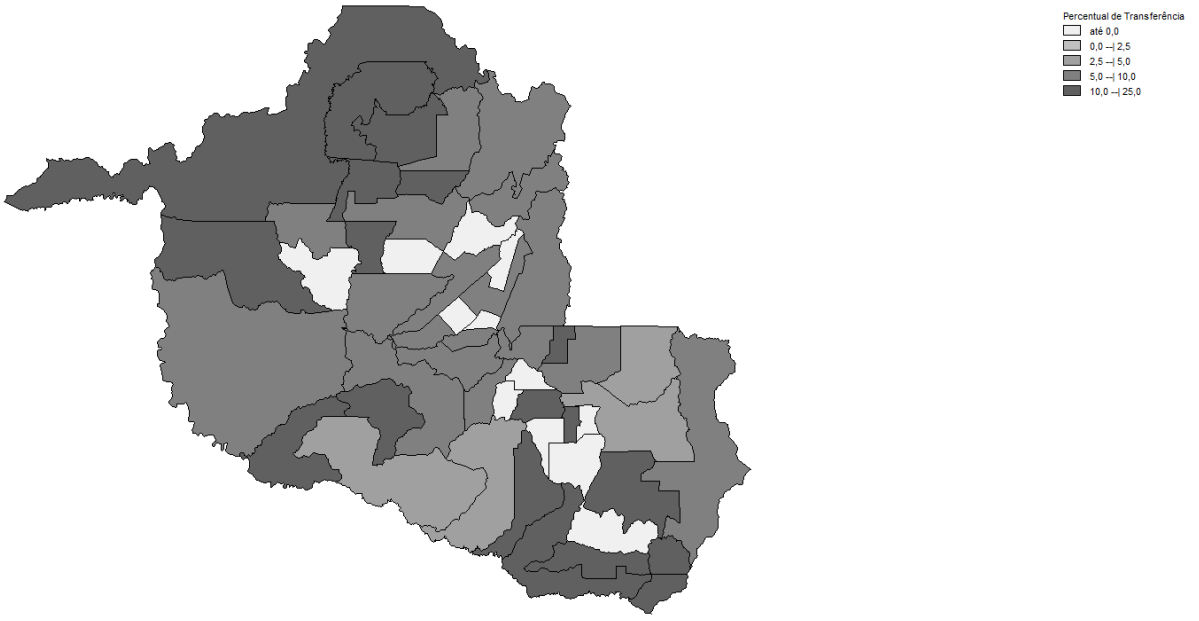
B


Percentual de Óbito por TB
até 0,0
0,0 --| 2,5
2,5 --| 5,0
5,0 --| 10,0

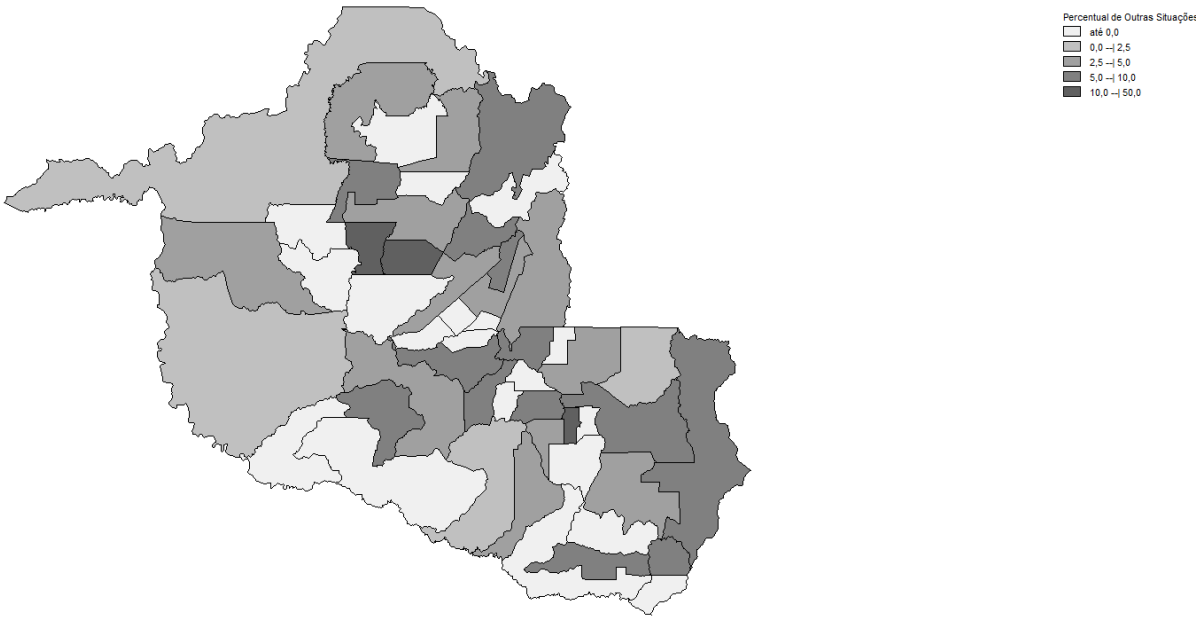
c


Percentual de Óbito por Outras
até 0,0
0,0 --| 2,5
2,5 --| 5,0
5,0 --| 33,3

d



e



f

Fonte: SINAN (2020)

DISCUSSÃO

Diante de tais resultados, observou-se a notificação de casos residentes de outros estados, seja pela localização de Rondônia, deslocamentos relacionados ao trabalho e ondas migratórias, especialmente de indígenas, haitianos, bolivianos e venezuelanos, de populações que buscam por melhores condições de vida e resolutividade na saúde (IBGE, 2019). Neste sentido, torna-se necessário ações de vigilância em saúde interestadual e também entre os países vizinhos que apresentam elevada incidência de TB, tais como a

população indígena de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas (LEVINO; OLIVEIRA, 2007) e a região tropical da Bolívia (ROJAS MATTOS *et al.*, 2019).

A incompletude sobre a situação de encerramento, município de residência e tratamento comprometem a análise do desempenho dos serviços de saúde e a oferta das ações para o cuidado, visando ao controle e vigilância da TB, inclusive o monitoramento dos casos. Neste sentido, ainda que o processo de trabalho para a coleta e (retro)alimentação do sistema de informação não seja realizado pelo mesmo profissional, destaca-se a importância das capacitações para sensibilização.

A concentração dos casos foi maior na Região Madeira-Mamoré, considerando a localização de Porto Velho que possui maior quantitativo de habitantes e população vulnerável, bem como os serviços de referência do estado, tanto no nível de especialização como terciária, além do Laboratório Central de Saúde Pública.

De modo complementar, foi possível identificar também que o número de casos de TB notificados e residentes estavam localizados em Cerejeiras e nos municípios sedes das Regiões de Saúde, os quais possuem os maiores valores de IDH do estado e maior concentração da população vivendo na zona urbana (IBGE, 2019). Assim a elevada densidade e aglomerações desestruturadas, podem justificar o aumento do número de casos, considerando a transmissibilidade da doença, elevada incidência e pessoas compartilhando o mesmo domicílio e dormitório (FIGUEROA-MUNOZ; RAMON-PARDO, 2008; LIENHARDT, 2014).

Todavia, salienta-se que nessas regiões estão localizadas unidades do sistema penitenciário do estado, e que estas notificações são realizadas de acordo com o endereço da instituição e com isso pode implicar no aumento do número de casos daquele local e não caracterizar a incidência dos residentes propriamente. Ressalta-se ainda sobre as fragilidades que permeiam as unidades prisionais no que diz respeito a TB, com desvalorização desta nestes ambientes, falta de recursos humanos, suporte laboratorial, articulação entre segurança e saúde, além da comunicação com os demais níveis assistenciais (FERREIRA *et al*., 2019).

As ações de vigilância sobre a TB nas unidades prisionais devem ser potencializadas, a fim de contribuir na redução de casos na população privada de liberdade e impacto direto da doença na comunidade, cujos percentuais chegam em até 80% e 40%, respectivamente, conforme apontado por um estudo de modelagem matemática a partir da triagem de entrada e de saúde, bem como busca ativa (MABUD *et al.*, 2019).

Ademais, muitos municípios possuem parte do território inseridos em áreas rurais, reservas nacionais, parques estaduais e terras indígenas. Com isso, a notificação e o tratamento podem divergir do local de residência, pois alguns casos podem procurar por atendimento em municípios mais próximos e com maior fácil acesso de acordo com o local de sua residência, ao mesmo tempo em que podem não apresentar regulamentação fundiária, o que amplia as notificações em municípios vizinhos e incentiva a transferência do tratamento, como observado nesse estudo.

No que concerne ao abandono, observou-se uma elevada taxa distribuída pelo estado, dentre eles na capital e nos municípios fronteiriços. Tais aspectos reforçam a importância de estratégias efetivas no monitoramento e controle da doença, visando a garantir a adesão ao tratamento, interrupção da cadeia de transmissão do bacilo e resistência aos antimicrobianos. É necessário ainda repensar nas ações intersetoriais e rede de apoio e suporte com a inclusão de gestores, profissionais de saúde e comunidade no enfrentamento da TB.

Assim, é essencial o protagonismo da APS com estratégias que permitam não apenas identificar os casos mais propensos ao abandono do tratamento, mas também o acompanhamento (FERREIRA *et al.,* 2021), considerando ainda as iniquidades e os determinantes sociais de saúde inseridos e contextualizados nos territórios e que, consequentemente, interferem no acesso aos serviços e ações de saúde ofertadas (ORFÃO *et al.*, 2021).

A diferença nos estágios de descentralização dos municípios relacionados às ações de TB para a APS e de acesso aos sistemas de registro e informação interfere diretamente na capacidade gerencial e planejamento (BERALDO *et al.*, 2017; VILLA *et al.*, 2018). Estes aliados a possível irregularidade na distribuição dos fármacos e insumos nas regiões mais afastadas, não realização do tratamento diretamente observado, baixo quantitativo de profissionais de saúde, ampla abrangência dos territórios sanitários, fragilidades no vínculo, ausência da intersetorialidade, dificuldades de acesso e integração vertical e horizontal contribuem na efetividade das ações para a prevenção e controle da TB e nos desfechos desfavoráveis do tratamento da doença.

As limitações deste estudo estão relacionadas à utilização de dados secundários com possíveis subnotificação de casos e incompletude dos dados, bem como ao delineamento do estudo que não permite inferências causais em relação aos indivíduos a partir dos grupos populacionais. Neste sentido, ressalta-se a importância de outros estudos para a identificação dos obstáculos enfrentados nos diferentes municípios para compreender as estratégias de gerenciamento para vigilância e planejamento da TB, como também, ações que promovam o preenchimento correto, completo e legível das fichas de notificação e acompanhamento.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar como tem ocorrido a distribuição espacial dos casos, na qual a maioria se concentra na capital e municípios fronteiriços, são notificados e tratados em municípios que diferem de sua residência e, consequentemente, apresentam desfechos desfavoráveis, tais como elevados percentuais de abandono, óbito e transferência. Estes aspectos são determinados, ainda, pelas especificidades locais e fragilidades do processo de gestão no manejo do cuidado com ações voltadas para o controle da TB.

REFERÊNCIAS

BERALDO, A. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20170075, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, número especial, mar. 2020.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Tuberculosis in prison and aspects associated with the diagnosis site. **Journal of Infection in Developing Countries**, v. 13, p. 968-977, 2019.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário Amazônico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 13, p. 185-191, 2021.

FUSCO, A. P. B. *et al.* Distribuição espacial da tuberculose em um município do interior paulista, 2008-2013. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2888, 2017.

FIGUEROA-MUNOZ, J. I.; RAMON-PARDO, P. Tuberculosis control in vulnerable groups. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 86, n. 9, 2008. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2008.v86n9/733-735/en.

LIENHARDT, C. From Exposure to Disease: The Role of Environmental Factors in Susceptibility to and Development of Tuberculosis. **Epidemiologic Reviews**, v. 23, n. 2, p. 288-301 2014.

IBGE. **População**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho. Acesso em: 29 maio 2019.

LEAL, B. N. *et al.* Análise espacial em tuberculose e a rede de atenção primária em saúde. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 72, n. 5, p. 1197-1202, 2019.

LEVINO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculosis among the Indian population in São Gabriel da Cachoeira, Amazonas State, Brazil. **Cad. Saúde Pública,** v. 23, n. 7, p. 1728-1732, 2007.

MABUD, T. S. *et al.* Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisions and prevention of spillover into communities: an observational and modelin study from Brasil. **PloS med.**, v. 16, n. 1, p. e1002737, 2019.

ORFÃO, N. H. *et al.* População em situação de rua: perfil dos casos de coinfecção tuberculose e HIV. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, p. 3565, 2021.

ROJAS MATTOS, M. *et al*. Spatial Distribution of Tuberculosis and Socioeconomic Inequalitites in Cochabamba. Bolívia, **J Community Med Public Health**, v. 3, n. 3, p. 165-175 2019.

RONDÔNIA. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n. 087, de 08 de maio de 2014**. Porto Velho, 08 maio 2014.

VILLA, T. C. S. *et al.* Capacidade Gerencial da Atenção Primária à Saúde para o Controle da Tuberculose em Diferentes Regiões do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 4, p. e1470017, 2018.

WHO. **Global tuberculosis report 2019**. Genebra: WHO, 2019.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 10/06/2021
ACEITO: 20/08/2021

COBERTURA E ESTADO NUTRICIONAL NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: EVOLUÇÃO DE 2008 A 2018

COVERAGE AND NUTRITIONAL STATUS AT THE FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE SYSTEM IN BRAZIL: EVOLUTION FROM 2008 TO 2018

Beatriz Hiert de Andrade[1], Naiara Ferraz Moreira[2], Verônica Gronau Luz[3], Caroline Camila Moreira[4], Nattiele Neres Ferreira Fernandes[5], Rita de Cassia Bertolo Martins[6]

RESUMO

Objetivo: Descrever a evolução da cobertura e do estado nutricional da população brasileira no período de 2008 a 2018 por fases de vida e abrangências geográficas. **Materiais e métodos:** Trata-se de série histórica, descritivo com dados secundários de relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em quatro territórios: Dourados, Mato Grosso do Sul, Centro-Oeste e Brasil. Os dados foram apresentados em percentual e a variação percentual média, em pontos percentuais, obtidos por meio de regressão linear simples referente à cobertura de registro e prevalências de magreza e excesso de peso, de acordo com as fases de vida e localidades. Foi considerado significativo p<0,05. **Resultados:** Verificou-se aumento significativo da cobertura de registros de dados antropométricos em todas as fases de vida e abrangências geográficas, exceto gestantes de Dourados; tendência crescente do monitoramento variando de 0,610pontos percentuais (pp) em adultos do Centro-Oeste a 3,236pp em idosos de Dourados; tendência decrescente da prevalência de magreza em todas as localidades, exceto adolescentes dos quatro territórios, e adultos, idosos e gestantes de Dourados; e tendência de aumento significativo do excesso de peso em todas as fases de vida, exceto em menores de cinco anos, com tendência de queda em Dourados (-0,616pp; p=0,037). **Conclusão:** Houve tendência de aumento da cobertura de monitoramento, mas encontra-se aquém do potencial da ferramenta de vigilância nutricional. Para a maioria das fases de vida houve redução da magreza e aumento do excesso de peso em todas as localidades, acompanhando o processo de transição nutricional no Brasil.

Palavras-chave: Estado nutricional. Magreza. Excesso de peso. Sistema de Informação.

ABSTRACT

Objective: To describe the coverage and temporal trend of the nutritional status of the Brazilian population between 2008 to 2018 by life stages and geographic area. **Material and Method:** This is a historical series, descriptive with secondary data from public reports of The Food and Nutrition Surveillance System in four territories: Dourados, Mato Grosso do Sul, Midwest and Brazil. Data were presented in percentages and the average percentage change, in percentage points, obtained through simple linear regression for the coverage of the registry and the prevalence of thinness and overweight, according to life stages and locations. It was considered significant p<0.05. **Results:** There was a significant increase in the coverage of anthropometric data records in all stages of life and geographic area, except for pregnant women in Dourados; increasing monitoring trend ranging from 0.610percentage points (pp) in adults from the Midwest to 3.236pp in the elderly of Dourados; falling trends in the prevalence of thinness in all locations, except adolescents from the four territories, and adults, elderly and pregnant women in Dourados; and rising trend in overweight, except in children under five years of age, with a falling trend in Dourados (-0.616pp; p=0.037). **Conclusion:** There was a rising trend in coverage, however it is below the potential of the nutritional surveillance tool. For most stages of life, there was a reduction in thinness and an increase in overweight in all localities, following the process of nutritional transition in Brazil.

Keywords: Nutritional status. Thinness. Overweight. Information system.

[1] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0003-1112-1564. E-mail: beatriz.hiert@hotmail.com
[2] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-5847-2831. E-mail: naiaramoreira@ufgd.edu.br
[3] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0001-7340-1727. E-mail: veronicaluz@ufgd.edu.br
[4] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-9189-901X. E-mail: carolinemoreira@ufgd.edu.br
[5] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-7806-6419. E-mail: naty.corcino@gmail.com
[6] Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-7027-0693. E-mail: ritamartins@ufgd.edu.br

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

Recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1970, o sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) tem como propósito diagnosticar e produzir dados e informações de forma contínua das práticas alimentares e estado nutricional da população para todos os países, a fim de contribuir para o fomento de políticas públicas e planejamento de ações de intervenção para prevenção dos fatores de risco associados aos agravos nutricionais (BRASIL, 2015).

No Brasil, a criação, organização e implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) deu início no ano de 1977 (BRASIL, 2015), e teve como público-alvo grupos populacionais mais específicos, como o materno-infantil, vinculado a programas assistenciais. Cabe ao Sisvan apresentar dados contínuos e subsequentes dessa população vulnerável por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a). A partir de 2004, o Sisvan se estendeu ao monitoramento de todas as fases de vida, e em 2008, o sistema migrou para versão *online* quando incluiu os marcadores de consumo alimentar, tornando-se uma ferramenta essencial para o monitoramento contínuo do perfil nutricional da população brasileira (COUTINHO *et al.*, 2009; BRASIL, 2015), que confirma o processo de transição nutricional, constatado por pesquisas nacionais (BRASIL, 2012, 2020).

Diante deste cenário, a proposta do Sisvan para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é a de sensibilizar os gestores e profissionais da saúde para a atitude de vigilância (BRASIL, 2004a, 2015). Estudos nacionais e regionais têm investigado o monitoramento nutricional por meio das informações disponibilizadas pelo Sisvan (COUTINHO *et al.*, 2009; ENES, LOIOLA; NASCIMENTO*,* 2014; JUNG, BARROS, NEUTZLING, 2014; MOREIRA *et al.,* 2020; MOURÃO *et al.* 2020; NASCIMENTO, SILVA, JAIME, 2017). Entretanto, são poucos os estudos que contemplam dados do Sisvan, incluindo a população sul-mato-grossense e região Centro-Oeste (MOREIRA *et al.,* 2020; NASCIMENTO, SILVA, JAIME, 2017). Especificamente, dados referentes ao estado nutricional da população adulta do Mato Grosso do Sul têm sido publicados pelas pesquisas de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), demonstrando que a capital do estado apresenta as maiores prevalências de excesso de peso na população adulta brasileira (BRASIL, 2020), no entanto, informações de monitoramento nutricional nas diferentes fases de vida de todo o estado, são ainda incipientes.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a evolução da cobertura do monitoramento e do estado nutricional da população brasileira, no período de 2008 a 2018 por fases de vida e abrangências geográficas: município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste e Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo de série histórica e descritivo que avalia a tendência temporal por meio de dados secundários a partir dos relatórios públicos do Sisvan, referentes ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, de ambos os sexos e considerando todas as fases de vida: crianças (0 a 4 anos e 5 a 9 anos), adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Foi realizada, em 2019, a coleta de dados dos relatórios públicos disponíveis no endereço eletrônico do Sisvan (Sisvan web) em duplicata, pela primeira e última autoras. A busca das informações se deu de acordo com a sequência das etapas a seguir: seleção do relatório de estado nutricional; ano de referência; mês de referência - 'todos'; agrupado por município, seleção de estado e município, consequentemente, o relatório disponibiliza os dados para região Centro-Oeste e Brasil; e outros filtros: região de cobertura - 'todas'; fase da vida - 'criança 0 a < de 5 anos', 'criança de 5 a < de 10 anos', 'adolescente', 'adulto', 'idoso' e 'gestante' ('todas'); índice antropométrico – 'IMC para idade' (criança e adolescente); sexo - 'todos'; raça/cor - 'todas'; acompanhamentos registrados no Sisvan - 'todos'; povos e comunidades - 'todos'; escolaridade - 'todos'; visualizar – 'ver em tela' e 'Gerar Excel'.

Com base nos relatórios anuais foi possível verificar o número de registros dos dados antropométricos para cada ano, de acordo com a fase de vida e as quatro abrangências geográficas selecionadas, para o cálculo da cobertura de monitoramento antropométrico. Em seguida foram identificadas as prevalências de magreza e excesso de peso. Foram categorizados em magreza todas as crianças e adolescentes que obtiveram a classificação de magreza e magreza acentuada, assim como os demais indivíduos com estado nutricional de baixo peso. Os indivíduos com sobrepeso e obesidade foram agrupados como excesso de peso, exceto crianças menores de cinco anos, que foi incluído o risco de sobrepeso nessa categoria.

A cobertura de registros do monitoramento antropométrico foi calculada a partir da divisão dos valores percentuais de registros no Sisvan, ao ano, por fase de vida e localidades, pela população censitária do ano de 2010, em cada fase de vida e localidades, como parâmetro para todos os anos do estudo (IBGE, 2012) e multiplicado por 100(cem). Para a cobertura de gestantes considerou-se como número total de gestantes em cada localidade, a população de nascidos vivos por local de residência da mãe, acrescido do número de óbitos ocorridos no ano por local de residência da mãe, conforme dados estatísticos de registro civil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE no ano de 2015 (IBGE, 2015).

Os dados coletados nos relatórios públicos do Sisvan foram organizados em planilha do Excel, por fase de vida, abrangência geográfica e ano, de acordo com o número de registros e estado nutricional. Posteriormente, a tendência temporal de evolução da cobertura populacional e as prevalências de magreza e de excesso de peso, foram obtidas por meio de regressão linear, conforme análise realizada pelo estudo

de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2020), e identificada a variação anual média em pontos percentuais (pp). Foram consideradas significativas as variações com valores de p<0,05, sendo apresentado também o intervalo de confiança de 95% (IC95%). As análises foram realizadas no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 22).

Este estudo incluiu apenas dados de fontes secundárias, disponíveis em relatórios públicos, não necessitando de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Com relação à cobertura de registros dos dados antropométricos, no período de 2008 a 2018, que geraram o estado nutricional dos indivíduos (Tabela 1), nota-se que houve tendência de aumento significativo em todas as fases de vida (p<0,05) nas quatro abrangências geográficas (p<0,05), exceto para as gestantes residentes na cidade de Dourados. Considerando todo o período avaliado, os maiores aumentos foram verificados entre os idosos (3,236 pp) no município de Dourados, gestantes (2,132 pp) no Brasil e crianças menores de 5 anos no estado de Mato Grosso do Sul (1,862pp) e na região Centro-Oeste (1,408pp).

No período avaliado foi possível observar tendência de queda na prevalência de magreza em todas as abrangências geográficas para as crianças menores e maiores de cinco anos (p≤0,001) (Tabela 2). Nos adolescentes, a variação, embora negativa, não foi estatisticamente significativa nos quatro territórios. Para as demais fases de vida, a tendência de redução da magreza foi observada em todas as localidades (p≤0,001), exceto para o município de Dourados.

Diferentemente da prevalência de magreza, o excesso de peso, em todas as fases de vida e abrangências geográficas apresenta tendência de aumento significativo, exceto entre as crianças menores de cinco anos em Dourados (-0,616pp; p=0,037), Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste e Brasil (p>0,05) (Tabela 3).

Tabela 1 - Cobertura do estado nutricional da população cadastrada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por faixa etária e abrangências geográficas (Dourados, Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste e Brasil), no período de 2008-2018.

Faixa etária (anos)	Local*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação anual média (pp**)	IC95%	p-valor
Crianças (0-4 anos)	Ddos	21,6	17,5	21,4	21,3	20,5	21,1	20,3	32,2	30,9	33,5	29,4	1,393	0,622;2,164	0,003
	MS	12,2	16,8	23,9	29,6	31,6	31,2	29,6	33,0	36,4	35,5	29,8	1,862	0,864;2,861	0,002
	CO	9,3	13,0	16,5	17,5	16,8	21,2	21,4	23,1	25,3	25,6	21,8	1,408	0,940;1,876	<0,001
	Brasil	14,6	18,6	22,8	22,1	21,7	29,2	30,3	33,5	34,9	33,8	28,4	1,796	1,065;2,526	<0,001
Crianças (5-9 anos)	Ddos	15,9	9,3	10,1	11,4	24,1	22,4	16,1	20,4	17,9	22,3	24,2	1,152	0,240;2,064	0,019
	MS	10,8	10,5	11,9	14,0	16,7	18,8	20,9	25,7	24,9	26,1	24,0	1,772	1,369;2,175	<0,001
	CO	9,0	9,2	10,7	11,6	12,2	15,1	17,3	21,7	19,3	20,5	18,5	1,312	0,912;1,711	<0,001
	Brasil	13,6	13,2	14,4	14,5	15,6	20,2	23,2	26,9	24,7	25,4	21,6	1,380	0,797;1,964	<0,001
Adolescentes	Ddos	7,5	3,7	4,1	5,8	14,8	12,7	10,3	12,0	11,4	11,7	13,4	0,829	0,217;1,441	0,013
	MS	5,8	5,6	5,5	6,3	9,4	12,0	11,4	13,9	13,6	13,3	12,4	0,956	0,626;1,286	<0,001
	CO	5,2	4,8	5,0	5,4	7,0	9,5	9,3	11,8	10,8	10,7	10,1	0,730	0,466;0,994	<0,001
	Brasil	8,1	6,5	6,7	7,0	8,9	12,5	12,6	14,3	13,5	13,6	11,9	0,783	0,407;1,158	0,001
Adultos	Ddos	4,7	3,7	3,9	5,7	6,4	6,8	6,4	11,5	11,3	12,2	16,7	1,162	0,798;1,527	<0,001
	MS	3,7	4,9	5,2	6,1	6,9	8,0	7,7	9,3	10,2	9,9	10,0	0,672	0,564;0,780	<0,001
	CO	3,1	4,0	4,3	4,7	5,3	6,6	6,4	7,7	8,7	8,7	8,7	0,610	0,526;0,694	<0,001
	Brasil	4,9	5,5	5,9	6,2	7,6	9,1	8,9	10,5	11,4	11,6	10,9	0,735	0,599;0,870	<0,001
Idosos	Ddos	2,0	2,9	1,9	2,3	4,1	5,6	4,1	18,1	20,1	24,7	38,4	3,236	1,889;4,582	<0,001
	MS	0,7	1,4	1,4	1,6	1,9	2,2	2,6	7,8	10,5	11,7	13,5	1,319	0,852;1,785	<0,001
	CO	0,5	1,3	1,0	1,5	1,3	1,4	1,6	5,5	8,1	9,1	11,0	1,028	0,622;1,434	<0,001
	Brasil	0,3	0,9	0,9	1,0	1,1	1,3	1,9	6,3	8,4	9,4	10,4	1,072	0,688;1,457	<0,001
Gestantes	Ddos	3,6	3,2	4,6	33,3	33,9	30,4	25,7	42,0	44,6	21,3	5,1	1,900	-1,428;5,227	0,229
	MS	4,4	8,7	6,8	11,6	13,4	13,2	12,1	14,0	25,6	19,4	11,8	1,272	0,368;2,176	0,011
	CO	2,3	5,1	4,6	7,1	8,9	9,6	8,8	10,3	16,2	12,6	7,9	0,901	0,350;1,451	0,005
	Brasil	3,8	6,8	8,3	10,4	13,2	15,8	16,4	22,6	27,5	24,0	19,9	2,132	1,476;2,787	<0,001

*Dados= Dourados; MS= Mato Grosso do Sul; CO=Região Centro-Oeste **pp=pontos percentuais

Fonte: SISVAN *web* 2008-2018

Tabela 2 – Prevalência de Magreza da população cadastrada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por faixa etária e abrangências geográficas (Dourados, Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste e Brasil), no período de 2008-2018.

Faixa etária (anos)	Local*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação anual média (pp**)	IC95%	p-valor
Crianças (0-4 anos)	Ddos	5,7	6,4	6,4	6,3	6,9	4,2	4,5	4,2	4,0	2,4	3,1	-0,389	-0,561;-0,216	0,001
	MS	6,2	6,2	7,0	5,8	5,5	5,2	5,5	5,2	4,8	4,1	3,8	-0,260	-0,350;-0,170	<0,001
	CO	8,5	8,2	8,2	8,0	7,5	7,3	7,6	6,3	6,5	6,0	5,5	-0,292	-0,354;-0,229	<0,001
	Brasil	7,9	7,6	7,8	7,4	7,1	7,1	6,9	6,2	6,4	6,0	5,9	-0,208	-0,246;-0,171	<0,001
Crianças (5-9 anos)	Ddos	5,2	4,6	5,8	5,1	4,6	3,9	3,6	2,8	3,4	2,8	2,6	-0,298	-0,399;-0,196	<0,001
	MS	4,8	5,0	5,4	4,6	4,7	3,9	4,0	3,5	3,8	3,5	3,2	-0,195	-0,262;-0,128	<0,001
	CO	7,0	6,6	6,8	6,4	6,2	6,1	6,3	5,1	5,2	5,0	4,6	-0,237	-0,293;-0,180	<0,001
	Brasil	6,9	7,0	7,1	6,7	6,4	6,5	6,1	5,5	5,6	5,4	5,2	-0,197	-0,240;-0,155	<0,001
Adolescentes	Ddos	23,6	3,1	3,4	3,9	4,0	3,2	2,9	2,6	2,7	2,8	3,2	-0,992	-2,181;0,198	0,092
	MS	6,2	2,6	3,1	3,0	3,3	3,2	2,9	3,1	3,3	3,2	3,2	-0,109	-0,311;0,094	0,255
	CO	5,1	3,5	3,5	3,4	3,7	4,0	4,2	4,0	4,0	3,9	3,6	-0,025	-0,129;0,080	0,609
	Brasil	5,5	3,7	3,9	3,4	3,9	4,3	4,3	4,1	4,1	4,1	4,0	-0,030	-0,145;0,085	0,564
Adultos	Ddos	38,8	2,6	2,3	3	3,6	2,7	3,2	2,3	2,0	1,9	1,9	-1,730	-3,845;0,385	0,097
	MS	8,0	3,1	3,1	3	2,4	2,8	2,8	2,3	2,3	2,8	2,2	-0,303	-0,599;-0,007	0,046
	CO	5,4	4,0	3,9	4	3,3	3,4	3,4	3,0	2,7	2,6	2,4	-0,234	-0,312;-0,157	<0,001
	Brasil	5,8	4,4	4,6	4	3,5	3,6	3,4	2,8	2,8	2,6	2,4	-0,289	-0,361;-0,216	<0,001
Idosos	Ddos	11,4	9,4	12,8	17,7	10,6	8,7	9,7	9,2	9,6	9,1	9,9	-0,331	-0,862;0,211	0,193
	MS	14,4	13,2	15,0	12,6	11,1	12,2	12,1	10,5	10,9	11,5	10,9	-0,363	-0,561;-0,165	0,003
	CO	19,2	17,4	17,4	15,6	14,7	15,5	15,2	13,0	12,8	12,6	11,9	-0,672	-0,818;-0,526	<0,001
	Brasil	18,1	18,8	17,3	16,5	15,7	16,6	16,6	13,9	13,6	13,0	12,2	-0,620	-0,782;-0,457	<0,001
Gestantes	Ddos	62,4	14,0	14,4	17,1	17,5	16,6	17,9	17,2	15,5	14,0	9,8	-2,353	-5,095;0,390	0,084
	MS	24,8	20,0	20,1	18,5	18,0	17,5	18,6	17,3	15,9	17,3	16,9	-0,592	-0,910;-0,274	0,002
	CO	25,3	22,9	22,4	21,1	19,6	19,7	20,3	18,1	17,4	18,3	17,7	-0,700	-0,904;-0,495	<0,001
	Brasil	23,5	22,4	21,0	19,9	19,6	19,9	19,4	18,2	18,2	17,3	16,7	-0,603	-0,721;-0,485	<0,001

*Dados= Dourados; MS= Mato Grosso do Sul; CO=Região Centro-Oeste **pp=pontos percentuais

Fonte: SISVAN web 2008-2018

Tabela 3 - Prevalência de Excesso de peso da população cadastrada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por faixa etária e abrangências geográficas (Dourados, Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste e Brasil), no período de 2008-2018.

Faixa etária (anos)	Local*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação anual média (pp**)	IC95%	p-valor
Crianças (0-4 anos)	Ddos	34,5	38,7	39,5	41,2	38,1	38,4	39,1	35,1	32,7	33,8	31,2	-0,616	-1,184;-0,047	0,037
	MS	35,4	34,8	35,0	34,5	34,2	35,1	36,2	34,4	35,4	34,4	35,7	0,023	-0,118;0,163	0,724
	CO	31,4	32,1	32,4	32,1	32,0	32,8	33,8	33,2	32,7	31,8	32,0	0,061	-0,087;0,208	0,377
	Brasil	33,5	34,0	34,2	34,6	33,7	35,4	36,2	35,2	35,0	34,5	34,0	0,099	-0,73;0,270	0,226
Crianças (5-9 anos)	Ddos	24,8	27,5	26,3	32,7	30,4	30,3	30,5	31,7	30,5	30,7	30,2	0,459	0,041;0,876	0,035
	MS	25,7	25,2	26,9	26,8	27,0	27,7	28,9	29,6	29,2	28,4	30,2	0,451	0,312;0,591	<0,001
	CO	24,7	25,3	25,5	25,9	26,2	26,6	27,8	28,6	28,7	27,6	28,0	0,389	0,257;0,520	<0,001
	Brasil	24,2	24,8	25,2	26,4	26,7	27,1	27,7	28,7	29,2	28,8	28,7	0,513	0,406;0,620	<0,001
Adolescentes	Ddos	20,7	25,0	26,2	29,0	29,4	31,0	31,4	32,8	34,8	37,0	34,9	1,400	1,104;1,696	<0,001
	MS	23,1	22,9	23,4	24,9	27,3	28,4	30,0	30,0	30,8	31,0	31,3	0,985	0,784;1,186	<0,001
	CO	20,0	19,8	19,7	21,7	24,1	24,7	25,5	27,4	28,2	28,2	29,4	1,081	0,909;1,252	<0,001
	Brasil	17,7	17,3	18,3	19,6	21,3	22,0	23,1	24,9	25,6	25,9	27,1	1,055	0,940;1,169	<0,001
Adultos	Ddos	35,1	58,6	60,4	60,1	64,2	66,8	66,0	67,8	66,7	69,4	69,2	2,271	0,871;3,671	0,005
	MS	51,3	55,9	56,4	58,6	62,2	63,2	64,6	66,7	66,4	67,5	68,7	1,655	1,349;1,960	<0,001
	CO	45,5	47,8	47,8	50,7	54,6	55,7	57,1	60,8	61,6	62,8	64,4	1,992	1,785;2,200	<0,001
	Brasil	42,8	44,9	46,2	48,6	51,8	53,4	55,4	58,6	59,0	60,3	62,2	2,007	1,838;2,175	<0,001
Idosos	Ddos	51,6	52,5	52,8	47,3	58,9	61,2	58,9	58,8	58,3	59,6	58,7	0,944	0,237;1,650	0,014
	MS	48,0	50,2	48,6	51,8	54,7	53,4	53,8	56,4	55,5	56,0	56,4	0,855	0,582;1,129	<0,001
	CO	40,9	43,0	43,1	45,1	47,4	46,5	48,3	52,8	52,1	51,9	52,9	1,262	1,007;1,517	<0,001
	Brasil	43,1	41,9	43,9	45,0	46,2	45,1	45,2	48,7	48,9	50,3	51,8	0,891	0,659;1,123	<0,001
Gestantes	Ddos	15,4	38,2	42,8	39,1	41,2	43,0	45,3	43,8	45,3	48,7	57,9	2,507	1,135;3,878	0,003
	MS	36,2	38,3	37,3	40,1	42,4	44,0	44,4	44,9	46,0	46,5	48,1	1,181	0,983;1,378	<0,001
	CO	33,2	34,8	35,5	38,2	39,8	40,9	41,8	44,9	45,0	44,5	45,8	1,321	1,107;1,536	<0,001
	Brasil	32,9	35,0	36,4	38,7	39,7	40,2	41,5	42,9	43,2	44,7	46,4	1,245	1,111;1,379	<0,001

*Dados= Dourados; MS= Mato Grosso do Sul; CO=Região Centro-Oeste **pp=pontos percentuais

Fonte: SISVAN web 2008-2018

DISCUSSÃO

O monitoramento nutricional da população brasileira, nas quatro abrangências geográficas avaliadas neste estudo, no período de 2008 a 2018, revelou tendência temporal de aumento quanto à cobertura de registros de dados antropométricos no Sisvan, além de tendência de queda de déficit nutricional (magreza) e aumento da prevalência de excesso de peso, revelando cenário epidemiológico muito semelhante ao observado em pesquisas nacionais realizadas nas últimas décadas (BRASIL, 2020; IBGE, 2020), confirmando o processo de transição nutricional.

As informações obtidas a partir de dados do Sisvan possibilitam a avaliação e a organização da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde (APS), como previsto na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012), e servem como parâmetro para o planejamento e monitoramento de ações relacionadas ao estado nutricional da população em geral atendida pelo SUS (COUTINHO *et al.*, 2009; BRASIL, 2012, 2015).

A tendência de aumento da cobertura do monitoramento nutricional identificada neste estudo é otimista e reforça a proposta do Ministério da Saúde, enquanto ferramenta de vigilância na APS, no entanto, as coberturas observadas foram baixas nas quatro localidades.

Verificou-se que a cobertura de monitoramento foi mais elevada entre crianças, variando, no ano de 2018, de 18,5% (região Centro-Oeste, em crianças de 5 a 9 anos) a 29,3% (Dourados, crianças menores de cinco anos), grupo populacional sempre considerado prioritário na APS, desde a implantação do Sisvan, quando associado a programas assistenciais e, como uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004b). Jung, Barros e Neutzling (2014) também observaram maior cobertura de Sisvan, entre crianças menores e maiores de 5 anos no ano de 2010, no estado de Rio Grande do Sul. Dois estudos realizados no estado de São Paulo também apontaram para maior cobertura dos registros do Sisvan entre as crianças (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014; PERES *et al*., 2013). Mourão *et al.* (2020) verificaram aumento da cobertura do Sisvan em todos os estados da região Norte, entre os anos de 2008 e 2017, para essa fase de vida. Nascimento, Silva e Jaime (2017) identificaram tendência média anual de 2,8%, no período de 2008 a 2013, em dados nacionais do Sisvan para crianças menores de cinco anos, e, entre as Unidades Federativas, destacaram o estado de Mato Grosso do Sul, com maior variação no período (+6,01pp; IC95%: 3,58; 8,45).

Entre as demais fases de vida, embora as coberturas de registros no Sisvan sejam menores, houve tendência de aumento, como observado por Nascimento, Silva e Jaime (2017), no entanto, os valores são considerados baixos se comparado à cobertura populacional da APS pela Estratégia Saúde da Família de 64% (NEVES *et al*., 2018).

Estes resultados podem ser atribuídos à valorização das estratégias de promoção e prevenção em saúde, com o intuito de identificar a realidade nutricional, em cada localidade, e reduzir a evolução dos agravos que necessitam de maior demanda de atenção em relação à saúde pública (BRASIL, 2011c, 2012),

assim como, pelos esforços da Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, com a publicação de materiais de orientação para promover a VAN na APS (BRASIL, 2011a, 2015). Além disso, a partir dos anos 2000, a APS passou a contar com mais profissionais de saúde, seja com a ampliação da Estratégia Saúde da Família, seja com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) (BRASIL, 2017), que possibilitou incluir o nutricionista na equipe multidisciplinar, contribuindo com o apoio matricial às equipes de saúde, qualificando-as para as ações de atenção nutricional e para a VAN, como previsto nas diretrizes na PNAN (BRASIL, 2012).

Estudo envolvendo a operacionalização da VAN em municípios de Minas Gerais aponta que a realidade da atenção primária no SUS, naquele estado, era semelhante ao restante do país, sendo necessário investimentos em recursos humanos, financeiros e materiais, para ampliar a qualidade do processo de trabalho e confiabilidade das informações geradas, e assim, possibilitar o aumento da população monitorada, gerando dados fidedignos das práticas alimentares e estado nutricional em todas as fases de vida (VITORINO *et al*., 2016), o que é fundamental para subsidiar a tomada de decisões políticas e o planejamento de programas de saúde (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

O Sisvan deve ser incorporado à rotina de serviço nas unidades de saúde visando monitorar o estado nutricional da população com maior precisão, detectando assim a população de risco. A extensão de sua cobertura para os grupos de risco, a capacitação dos profissionais e a disponibilização dos indicadores nutricionais são de grande importância para a sua consolidação (BRASIL, 2011a, 2015).

Com relação ao estado nutricional da população, nas quatro abrangências geográficas, os resultados obtidos retratam diminuição nos casos de magreza e aumento acentuado na prevalência do excesso de peso, de maneira semelhante a cenários observados em outros estudos, nas últimas décadas (BRASIL, 2020; IBGE, 2016, 2020; MOREIRA *et al*., 2020). O crescimento acelerado de excesso de peso em todas as fases de vida, no Brasil, é preocupante e evidencia a necessidade de implementação de medidas de controle e prevenção ao ganho de peso (BRASIL, 2012). Estes resultados confirmam o processo de transição nutricional, dado à mudança no perfil alimentar da população, aumento do nível de escolaridade, mudanças culturais, meios de diagnósticos, entre outros (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; IBGE, 2020).

Embora os dados apresentados nessa evolução temporal para a magreza, apontem para a queda do déficit nutricional, cabe ressaltar que as prevalências observadas entre crianças, idosos e gestantes são ainda preocupantes em todas as abrangências geográficas, considerando os valores aceitáveis em população saudável de até 5% de magreza, como apontado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Os idosos apresentam mudanças fisiológicas e metabólicas que refletem diretamente sobre o peso e altura, enquanto as gestantes necessitam de acompanhamento nutricional, devido às exigências nutricionais e fisiológicas dessa fase (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Entre crianças e adolescentes, é aceitável, em uma população saudável, até 2,3% de magreza (BRASIL, 2011a).

Nos últimos dez anos ocorreu um aumento acentuado no número de indivíduos com excesso de peso, em todas as faixas etárias e abrangências geográficas, isso pode também ser observado em pesquisas realizadas a nível nacional (BRASIL, 2020; IBGE, 2020). É necessário se ter um monitoramento adequado para que seja possível compreender os fatores associados e padrão de risco nas fases de vida mais vulneráveis, como também políticas públicas para prevenção e para promoção de hábitos alimentares saudáveis na população.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) envolveu escolares adolescentes do 9° ano, e em 2015 identificou que a prevalência de magreza entre os escolares era de 3,1%. Já a prevalência de sobrepeso, nesse mesmo ano foi de 23,7%, correspondendo a cerca de 3 milhões de estudantes (IBGE, 2016). Para minimizar os agravos nutricionais na infância e adolescência, uma estratégia intersetorial importante é o Programa Saúde na Escola (PSE), criado na perspectiva da atenção integral, incluindo a prevenção, promoção e atenção para crianças e adolescentes da rede pública. Por meio do PSE, é possível monitorar o estado nutricional, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e assim planejar intervenções necessárias de acordo com a realidade de cada localidade (BRASIL, 2011b).

Considerando a evolução do estado nutricional de 2002 a 2019, obtidos pelas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) e Pesquisa de Nacional de Saúde (PNS), observou-se aumento acentuado da prevalência de excesso de peso na população com idade superior a 20 anos, alcançando 60,3% dos brasileiros em 2019 (IBGE, 2020). A pesquisa Vigitel, realizada em todas as capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, de 2006 a 2019, com indivíduos com 18 anos ou mais (BRASIL, 2020) aponta para a tendência de crescimento do excesso de peso em 1,05pp e de obesos em 0,63pp ao ano, identificando na sua última edição, em 2019, 55,4% de indivíduos com excesso de peso. Tais dados reforçam a importância da implementação do Sisvan enquanto ferramenta de monitoramento da situação nutricional e de avaliação das ações de saúde desenvolvidas pela RAS, de forma contínua, como previsto no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022, para que medidas de promoção à saúde e de prevenção aos agravos nutricionais possam ser planejadas na APS, ampliando e fortalecendo as ações de alimentação saudável e os sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2011c).

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo, por utilizar apenas dados secundários, tanto em relação à confiabilidade dos dados registrados, bem como, com relação à padronização de técnicas para aferição das medidas antropométricas. Outra limitação trata-se do percentual de cobertura populacional calculado a partir da população censitária de 2010 para as fases de vida, e gestantes como base no número de nascidos vivos e óbitos fetais de 2015, e não no número de indivíduos cadastrados pelo SUS, anualmente na APS. O tamanho amostral do município de Dourados pode ter interferido na significância estatística dos resultados, sendo outra possível limitação deste estudo. Todavia, acredita-se que os resultados apontados apresentem a realidade vivenciada pelos serviços de saúde do SUS.

CONCLUSÃO

Conclui-se que no período de 2008 a 2018, houve aumento significativo do percentual da cobertura populacional cadastrada no Sisvan nas quatro localidades de estudo, embora aquém do potencial de alcance dessa ferramenta; redução na prevalência de magreza em todas as faixas etárias, exceto para adolescentes, e o aumento significativo do excesso de peso em todas as localidades e fases de vida, exceto em crianças menores de cinco anos.

Tais achados evidenciam a importância do monitoramento nutricional e da necessidade de maior atenção e esforços para que a VAN seja ampliada na rede de atenção básica e que seus resultados possam, efetivamente, auxiliar na tomada de decisão pelos gestores, nutricionistas e profissionais das equipes de saúde, nas estratégias de intervenções em todo o território, desde as micro localidades à nação brasileira.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, p.181-191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde**.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 141, p.1-2, 12/01/2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo programa saúde na escola: tecendo caminhos da intersetorialidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 154, nº 183, p.68-76, 22/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico:** estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

COUTINHO, J.G. *et al*. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.,** v. 12, n. 4, p. 688-99, 2009.

ENES C. C; LOIOLA, H; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n. 5, p. 1543-1551, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do Registro Civil 2015:** Nascidos vivos, casamentos, óbitos, óbitos fetais e divórcios, por algumas características, segundo as Unidades da Federação, Microrregiões Geográficas e Municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde - 2019:** atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JUNG, N. M; BAIRROS, F. S; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cien Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1379-1388, 2014.

MOREIRA, N. F. *et al.* Tendências do estado nutricional de crianças no período de 2008 a 2015: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 447-454, 2020.

MOURÃO, E. *et al.* Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2019377, 2020.

NASCIMENTO, F. A., SILVA, S. A., JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. e00161516, 2017.

NEVES, R. G. *et al*. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, suas Regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, p. e2017170, 2018.

PEREZ, A. I. C. *et al*. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 116, p. 1-13, 2013.

VITORINO, S. A. S. *et al*. Estrutura da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica em saúde no estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 230-244, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995. (v. 854)

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 15/06/2021

ACEITO: 06/08/2021

AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

EVALUATION OF FOOD AND NUTRITION ACTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE IN MATO GROSSO DO SUL FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa[1], Gabriel Cunha Beato[2], Rita de Cassia Bertolo Martins[3], Maria Rita Marques de Oliveira[4]

RESUMO

Introdução: A assistência à saúde no Brasil, através da Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada referência mundial, e as ações de alimentação e nutrição são fundamentais nesse contexto, porém, ainda estão incipientemente implementadas. **Objetivo:** Avaliar as práticas das Ações de Alimentação e Nutrição realizadas pelas equipes da APS no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo com abordagem quali-quantitativo por meio do Diagnóstico Participativo frente a um Modelo Lógico Teórico preconcebido. As entrevistas foram transcritas, complementadas com registros de diário de campo e as respostas sobre a Dimensão Atividades foram classificadas, conforme a execução: “Sim” (realizadas), “Não” (não realizadas) e “Parcial” (realizadas parcialmente), atribuídas a partir do consenso ou da maioria das respostas dos entrevistados. **Resultados:** Participaram 111 profissionais de 20 municípios do Estado do Mato Grosso do Sul. Foi evidenciado que as ações de alimentação e nutrição acontecem em todos os municípios avaliados com destaque para a significativa iniciativa e interesse dos profissionais e do Estado em tornar as ações de alimentação e nutrição cada vez mais efetivas, sendo que as dimensões Assistência e Cuidado Alimentar e Nutricional, Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais e Promoção da Saúde foram consideradas como realizadas em 60,0% ou mais dos municípios, enquanto a o diagnóstico alimentar e nutricional em apenas 43,0%. **Conclusão:** Proporcionar mais espaços de debate, como proporcionado pelas entrevistas, e a inclusão de diferentes categorias profissionais no processo de gestão e planejamento podem apoiar nesse processo, principalmente em relação ao diagnóstico alimentar e nutricional.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas públicas de saúde. Programas e políticas de nutrição e alimentação.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare in Brazil, through Primary Health Care (PHC), is considered a world reference, and food and nutrition actions are fundamental in this context, however, they are still incipiently implemented. **Objective:** To evaluate the practices of Food and Nutrition Actions performed by PHC teams in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Materials and methods:** Descriptive study with a quali-quantitative approach through Participatory Diagnosis against a preconceived Theoretical Logic Model. The interviews were transcribed, complemented with field diary records, and the answers on the Activities Dimension were classified according to execution: "Yes'' (performed), "No" (not performed), and "Partial" (partially performed), attributed from the consensus of the majority of answers. **Results:** 111 professionals from 20 municipalities in the State of Mato Grosso do Sul participated. It was evidenced that food and nutrition actions take place in all assessed cities, with emphasis on the significant initiative and interest of professionals and the State in making food and nutrition actions increasingly effective, with the dimensions of Assistance and Food and Nutritional Care, Prevention of Diseases and Nutritional Disorders and Health Promotion performed in 60.0% or more of the municipalities, while the food and nutritional diagnosis in only 43, 0%. **Conclusion:** Providing more spaces for debate, as provided by the interviews, and the inclusion of different professional categories in the management and planning process can support this process, especially about food and nutrition diagnosis.

Keywords: Health evaluation. Primary Health Care. Public health policies. Nutrition and food programs and policies.

[1] Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-9112-2801. E-mail: adrianaoliveirabarbosa@outlook.com
[2] Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-1490-2817. E-mail: gabrielcbeato@gmail.com
[3] Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-7027-0693. E-mail: ritamartins@ufgd.edu.br
[4] Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-1226-4364. E-mail: maria-rita.oliveira@unesp.br

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada para a assistência à saúde no Brasil, busca atender os usuários de modo universal, integral e resolutivo (BRASIL, 2017). Dentre os cuidados prestado na atenção à saúde, estão as ações de alimentação e nutrição que envolvem a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da saúde, a prevenção de agravos nutricionais e a promoção da alimentação adequada e saudável (JAIME *et al*., 2011; PEDRAZA, 2019; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017b). Entretanto, essas ações ainda são incipientes e os municípios encontram barreiras para a sua implementação diante da conjuntura econômica e dos determinantes sócio-histórico-culturais imbricados na gestão e no comportamento da população e dos trabalhadores (JAIME *et al*., 2011; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019; PEDRAZA, 2019, 2020).

Buscando maior efetividade, a avaliação das ações de alimentação e nutrição da APS tem obtido destaque e, por isso, são necessários estudos que avaliem o processo de trabalho e execução, levando em consideração o contexto na qual estão inseridas (JAIME *et al*., 2011; PEDRAZA *et al*., 2018; TAVARES *et al*., 2018; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017a). Além disso, contribuirão para que os formuladores e gestores possam se instrumentalizar de novas ferramentas para a elaboração e avaliação da efetividade de programas e políticas (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

O Modelo Lógico Teórico (MLT) é um instrumento utilizado para a sistematização de políticas e programas de saúde que representa um fluxo de operacionalização de forma esquemática, descrevendo de forma sucinta todo o processo desde a sua execução até os seus resultados (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). No entanto, apesar de suas vantagens em termos de gestão, a incorporação desses procedimentos de avaliação na rotina de serviços não é uma prática regular (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017a).

O Mato Grosso do Sul (MS) é tido como o 6º maior estado do país em área geográfica, com extensão territorial de 357.147,994 km² e população estimada, em 2021, de 2.840.445 pessoas (IBGE, 2020). O estado tem convivido, nas últimas décadas, com elevados percentuais de mortalidade causados por desnutrição – principalmente em idosos – e, paralelamente, também com prevalências elevadas de excesso de peso: a capital do estado tem o 6º maior percentual de adultos com sobrepeso e obesidade, e apenas 8,7% destes afirmam realizar atividades físicas no tempo livre (BRASIL, 2019; PAIXÃO; XIMENES; SANTOS, 2020).

Tendo em vista as características aqui apresentadas, ou seja, a grande extensão territorial e a dupla carga de agravos nutricionais prevalentes, justifica-se uma avaliação da implementação das ações de alimentação e nutrição no MS. Assim, este trabalho objetivou avaliar as práticas das Ações de Alimentação e Nutrição realizadas pelas equipes da APS no estado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quali-quantitativa sobre as ações de alimentação e nutrição realizadas na APS de municípios do estado de MS, Brasil, utilizando para a coleta de dados o diagnóstico participativo (DP) (CERQUEIRA, 2015), ante um MLT preconcebido das ações de alimentação e nutrição na APS (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017a).

Composto por 79 municípios, o estado é dividido em 11 microrregiões de saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2020). Para o estudo foram selecionados 22 municípios, dois de cada microrregião; e devido à extensão territorial, optou-se por selecionar as cidades sedes e um segundo município por conveniência. Entretanto, um município cancelou sua participação devido à dificuldade em reunir os profissionais de saúde, não disponibilizando outro horário para entrevista, no período reservado para a coleta dos dados, por conta da logística do transporte. Os municípios foram categorizados por porte populacional e de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2020).

Os sujeitos da pesquisa, denominados informantes-chave (IC), foram os profissionais atuantes na APS de cada município selecionado que atenderam pelo menos um dos seguintes critérios: atuar como nutricionista, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), ou outros profissionais da saúde com atuação na APS do município e/ou ser atuante nas ações de alimentação e nutrição. Os IC foram selecionados por meio da indicação dos gestores da APS do município, previamente contatados com o apoio da Gerência de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas *in loco,* em grupo, utilizando a abordagem do DP, um método de pesquisa adotado para a análise de políticas ou programas por meio da construção coletiva dos dados (CERQUEIRA, 2015). As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, graduada em Nutrição, e com o apoio operacional de outra nutricionista. Ambas as profissionais foram preparadas para a coleta de dados por duas pesquisadoras mais experientes. Previamente ao trabalho de campo foram realizadas três entrevistas piloto junto a profissionais com experiência na APS, os quais não fizeram parte dos sujeitos da análise, para que se pudesse efetivar a viabilidade e a estratégia de coleta.

O MLT é um instrumento utilizado para a ilustração do processo teórico de programas ou políticas e reflete quais os objetivos e impactos que se espera alcançar. Para a coleta de dados foi empregado um roteiro semiestruturado, utilizando como referência o MLT das ações de alimentação e nutrição na APS, apresentado por Vitorino, Cruz e Barros (2017a). Esse MLT constitui-se de cinco dimensões de análise: Entrada; Atividades (âmbito individual, familiar e comunidade); Produtos; Resultados; e Impactos. Além das dimensões de análise é distribuído em cinco Eixos: 1) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição da Atenção Primária à Saúde; 2) Diagnóstico Alimentar e Nutricional; 3) Prevenção de Doenças e Distúrbios Nutricionais; 4) Assistência e Cuidado Alimentar e Nutricional; e 5) Promoção da Saúde (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017a).

As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade dos IC e nas dependências dos serviços, conforme acordo entre os gestores e a pesquisadora, em salas privativas, gravadas em áudio digital, com duração média de duas horas. Durante as entrevistas, os IC foram convidados a relatar suas experiências e opiniões a respeito das atividades realizadas, ou seja, se os produtos, resultados e impactos eram alcançados e quais dificuldades e alternativas encontravam para tais ações. Foram feitas perguntas de sondagem de acordo com as respostas dos IC participantes.

Posteriormente, as gravações foram transcritas e complementadas com os registros de diário de campo. A dimensão “Atividades” do MLT, as respostas dos IC foram classificadas em três categorias, de acordo com a execução: “Sim” (quando realizadas), “Não” (quando não realizadas) e “Parcial” (quando realizadas parcialmente), atribuídas a partir do consenso ou da maioria das respostas dos IC do município. Para garantir a fidedignidade da classificação, esta etapa foi realizada por duas pesquisadoras independentes, sendo que uma delas não teve participação direta na pesquisa e coleta de dados.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP, Campus Araraquara, sob o parecer nº 3.170.283 e CAAE 03530518.8.0000.5426. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

As entrevistas aconteceram em 21 municípios, entre os meses de fevereiro e abril de 2019. Em um dos municípios, um gestor cancelou por conta de dificuldades de operacionalização da entrevista, e em outro, os IC não atendiam aos critérios solicitados, sendo os seus resultados desconsiderados. Assim, os dados apresentados neste estudo se referem a 20 municípios selecionados, das 11 microrregiões de saúde do estado.

Participaram da pesquisa 111 profissionais, em média cinco IC por município. Os dados demográficos dos municípios, bem como os dados socioeconômicos dos IC, estão dispostos na tabela 1. Em 12 (60,0%) municípios, a reunião contou com a presença do gestor municipal da APS. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) estava implantado em 14 (70,0%) dos municípios visitados e quatro (20,0%) deles não contavam com nutricionistas na APS. Em relação ao porte populacional, 14 municípios (70,0%) possuíam até 50 mil habitantes, três (15,0%) até 100 mil habitantes e três (15,0%) com mais de 100 mil habitantes. Além disso, 12 (60,0%) e oito (40,0%) dos municípios apresentaram Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm) Alto e Médio, respectivamente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). Vale ressaltar, que não havia municípios com IDHm baixo.

Tabela 1 – Dados demográficos e socioeconômicos dos informantes-chaves atuantes na Atenção Primária de Saúde de municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.

Municípios	N	(%)
Porte Populacional		
≤ 50 mil habitantes	14	70,0
50 a ≤ 100 mil habitantes	03	15,0
> 100 mil habitantes	03	15,0
Classificação IDHm[2]		
Alto	12	60,0
Médio	08	40,0
Presença do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária		
Sim	14	70,0
Não	06	30,0
Nutricionista na Atenção Primária à Saúde		
Sim	16	80,0
Não	04	20,0
Informantes-Chaves		
Ensino Superior		
Sim	76	68,5
Enfermeiro	41	36,9
Nutricionista	20	18,0
Fisioterapeuta	04	3,6
Psicólogo	03	2,7
Assistente Social	03	2,7
Fonoaudiólogo	02	1,8
Profissional de Educação Física	02	1,8
Farmacêutico	01	0,9
Não	35	31,5
Agentes Comunitários de Saúde	29	26,1
Técnicos Administrativos	02	1,8
Técnicos de Enfermagem	03	2,7
Agente de Combate às Endemias	01	0,9
Tempo de Formação (Ensino Superior)		
≤ 5 anos	12	10,8
> 5 a ≤ 10 anos	13	11,7
> 10 a ≤ 20 anos	48	43,2
> 20 anos	06	5,4
Sem Ensino Superior	32	28,8
Tempo de atuação na Atenção Primária da Saúde		
≤ 5 anos	36	32,4
> 5 a ≤ 10 anos	28	25,2
> 10 a ≤ 20 anos	38	34,2
> 20 anos	9	8,1

[1] Estimativa populacional segundo o Censo 2010 (IBGE, 2020).
[2] Índice de Desenvolvimento Humano Municipal segundo o (IBGE, 2020).

Fonte: Dados da Pesquisa

Os resultados da avaliação da dimensão “Atividades” de acordo com os critérios “sim”, “não” e “parcial”, estão dispostos na tabela 2. As atividades do Eixo 1 não foram categorizadas, pois a maioria dos

municípios (85,0%) não possuía um processo de planejamento em relação às Ações de Alimentação e Nutrição em âmbito municipal.

Tabela 2 – Distribuição das respostas a respeito da dimensão das atividades desenvolvidas em relação às ações de alimentação e nutrição na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.

(continua)

Atividades desenvolvidas	Sim (%)	Não (%)	Parcial (%)
Eixo 2 - Diagnóstico Alimentar e Nutricional			
Identificar distúrbios nutricionais[1]	80,0	5,0	15,0
Identificar famílias em vulnerabilidade nutricional e as características de ingestão alimentar familiar[2]	75,0	10,0	15,0
Identificar fatores associados ao mau estado nutricional[2]	75,0	10,0	15,0
Identificar percepções, práticas e valores associados à dieta familiar[2]	60,0	10,0	30,0
Identificar serviços de saúde, educação, cultura e lazer disponíveis[3]	55,0	45,0	0,0
Identificar determinantes que afetam o estado nutricional e a saúde[3]	40,0	50,0	10,0
Mapear áreas de riscos de insegurança alimentar e nutricional[3]	20,0	80,0	0,0
Avaliar e diagnosticar o estado nutricional[1]	15,0	5,0	80,0
Coletar e avaliar os dados de vigilância alimentar e nutricionais[3]	10,0	10,0	80,0
Avaliar e monitorar a ingestão alimentar[1]	0,0	45,0	55,0
Escore Médio	**43,0**	**27,0**	**30,0**
Eixo 3 - Prevenção de Doenças e Distúrbios Nutricionais			
Apoiar as famílias com gestantes, bebês, idosos e pessoas com deficiência[2]	100,0	0,0	0,0
Apoiar as famílias em insegurança alimentar e nutricional[2]	85,0	10,0	5,0
Ações educacionais sobre desordens nutricionais[1]	80,0	5,0	15,0
Ações educativas gerais e para a prevenção de distúrbios nutricionais[2]	75,0	20,0	5,0
Monitorar o estado nutricional de indivíduos com diagnóstico nutricional[1]	60,0	10,0	30,0
Ações comunitárias sobre desordens nutricionais, alimentação e higiene[3]	50,0	30,0	20,0
Monitorar a ingestão de alimentos durante toda a vida dos indivíduos[1]	20,0	60,0	20,0
Ações de vigilância sanitária [3]	10,0	90,0	0,0
Escore Médio	**60,0**	**28,1**	**11,9**
Eixo 4 - Assistência e Cuidado Alimentar e Nutricional			
Encaminhamento de famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional[2]	100,0	0,0	0,0
Vigilância e apoio às famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional[2]	100,0	0,0	0,0
Apoiar e acompanhar grupos comunitários em alta vulnerabilidade social[3]	100,0	0,0	0,0
Dietoterapia: cuidados individuais e prescrição de dieta[1]	90,0	10,0	0,0
Monitoramento e assistência às famílias nutricionalmente vulneráveis[2]	85,0	15,0	0,0
Intensificar visitas a famílias com membros com distúrbios nutricionais[2]	80,0	5,0	15,0
Busca ativa por casos nutricionalmente vulneráveis[1]	75,0	10,0	15,0
Avaliar a adesão ao tratamento dietético e seu desenvolvimento[1]	65,0	15,0	20,0
Incluir alimentos saudáveis nas ações e programas de assistência alimentar[3]	50,0	15,0	35,0
Aconselhar e apoiar famílias com gravidas, lactentes e idosas[2]	45,0	10,0	45,0
Notificar o SINAN, encaminhamento e contrarreferência de casos[1]	40,0	5,0	55,0

Tabela 2 – Distribuição das respostas a respeito da dimensão das atividades desenvolvidas em relação às ações de alimentação e nutrição na APS em municípios do estado do Mato Grosso do Sul. Brasil. 2019.

(conclusão)

Atividades desenvolvidas	Sim (%)	Não (%)	Parcial (%)
Participação organizada da comunidade nos conselhos de controle social[3]	35,0	60,0	5,0
Rede de apoio para acompanhar contrarreferência de distúrbios nutricionais[3]	15,0	80,0	5,0
Escore Médio	**67,7**	**17,3**	**15,0**
Eixo 5 - Promoção da Saúde			
Aconselhar sobre dieta saudável e estilo de vida[1]	100,0	0,0	0,0
Incentivar adultos mais velhos a participarem de atividades de socialização[2]	100,0	0,0	0,0
Assessorar, valorizar e apoiar a amamentação[1]	95,0	0,0	5,0
Promover o estado nutricional adequado[1]	90,0	5,0	5,0
Promover ambientes saudáveis para a prática de atividade física[3]	90,0	5,0	5,0
Incentivar práticas alimentares saudáveis por todos os membros da família[2]	85,0	0,0	15,0
Sensibilizar sobre influência da alimentação familiar na formação de hábitos em crianças e adolescentes[2]	85,0	0,0	15,0
Atividades de educação nutricional e em todas as fases da vida[1]	75,0	15,0	10,0
Ações de educação alimentar e nutricional em ambientes comunitários[3]	60,0	15,0	25,0
Incentivar a produção e o comércio de alimentos regionais saudáveis[3]	40,0	60,0	0,0
Discutir com a comunidade os determinantes do estado nutricional de seus membros[3]	40,0	55,0	5,0
Estratégias comunitárias para apoiar a amamentação[3]	40,0	50,0	10,0
Ações valorizando a ingestão de alimentos regionais e jardinagem doméstica[2]	30,0	40,0	30,
Promover grupos de discussão sobre problemas de saúde e proteção[3]	25,0	75,0	0,0
Ações valorizando a ingestão alimentar como meio de socialização familiar[2]	20,0	25,0	55,0
Regulamentar a publicidade de alimentos[3]	5,0	95,0	0,0
Regulamentar os alimentos vendidos nas escolas[3]	5,0	95,0	0,0
Escore Médio	**57,9**	**31,5**	**10,6**

[1]Atividade direcionada aos indivíduos; [2]Atividade direcionada à família; [3]Atividade direcionada à comunidade.

Fonte: Dados da Pesquisa

As atividades do Eixo diagnóstico alimentar e nutricional (Eixo 2) foram as realizadas com menor frequência, sendo que apenas 43,0% do IC afirmaram realização total, enquanto 30,0% relataram cumprimento parcial. As atividades que envolvem a identificação de distúrbios nutricionais, de famílias em vulnerabilidade nutricional, bem como das características, percepções, práticas e valores associados à dieta familiar, foram declaradas como realizadas em 60,0% ou mais dos municípios. Entretanto, essas atividades não constam como um procedimento registrado e computado no rol de atividades da unidade.

Já as atividades referentes à avaliação e diagnóstico do estado nutricional e dos dados de vigilância alimentar e nutricional foram relatadas como parcialmente realizadas em 80,0% nos municípios, pois esse tipo de avaliação acontece, em sua maioria, nos grupos atendidos pelos programas e políticas consolidados, como é o caso dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), crianças, gestantes e idosos. Além disso,

80,0% dos municípios afirmaram não realizar as atividades direcionadas à comunidade, como mapeamento do ambiente alimentar.

No Eixo de prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Eixo 3), 60,0% dos municípios confirmaram a realização das atividades. Em 75,0% ou mais dos municípios, houve relatos de ações de apoio a famílias com gestantes, bebês e idosos, bem como ações educacionais sobre desordens nutricionais, ações educativas gerais e ações de prevenção de distúrbios nutricionais nas famílias.

Ainda no Eixo 3, observa-se mais uma vez, que as atividades direcionadas à comunidade e ao monitoramento da ingestão alimentar são as menos relatadas pelos municípios. Já as ações de vigilância sanitária foram consideradas como não realizadas em 90% dos municípios, pois tal ação não era entendida como responsabilidade da APS.

O Eixo da Assistência e Cuidado Alimentar e Nutricional (Eixo 4) obteve o maior percentual de respostas positivas para a realização das atividades. O encaminhamento, vigilância e apoio às famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional e aos grupos comunitários em alta vulnerabilidade social foram relatados como realizados em todos os municípios. Além disso, as ações de dietoterapia, monitoramento, assistência e busca ativa das famílias e indivíduos nutricionalmente vulneráveis foram relatadas como realizadas em 75,0% dos municípios ou mais.

Em relação às ações de referência e contrarreferência, 55,0% dos profissionais relataram como parciais por não receberem a contrarreferência. Quanto à participação da comunidade nos conselhos locais de política pública, em mais da metade dos municípios, os IC relataram que essa participação não acontece.

O Eixo da Promoção da Saúde (Eixo 5) teve suas atividades consideradas realizadas em quase 60,0% dos municípios. A maioria das atividades dos dois primeiros níveis de intervenção (indivíduo e família) foi reportada como realizada em 75,0% por municípios ou mais. Entretanto, nas ações direcionadas à comunidade, os percentuais foram menores, exceto para a promoção de ambientes para a prática de atividade física. Vale ressaltar que a vigilância da publicidade de alimentos e a sua regulação na venda em escolas foi relatada como não realizada em 95,0% dos municípios, principalmente devido ao fato de não entenderem essas ações como suas responsabilidades.

Em todos os municípios avaliados, os IC relataram considerar o MLT das ações de alimentação e nutrição um instrumento que, apesar de longo, é de fácil compreensão e, também, alegaram que pelo menos uma parcela mínima das ações preconizadas no modelo era executada, inclusive naqueles municípios em que não havia nutricionista na APS.

DISCUSSÃO

A maioria dos municípios entrevistados demonstraram conhecimento das ações de alimentação e nutrição preconizadas (BRASIL, 2009) porém, realizavam suas atribuições de forma parcial. Além disso, na

maioria dos municípios não eram realizadas ações de planejamento das ações de alimentação e nutrição, principalmente em relação aos mensuráveis quantitativamente, de forma então, que essas práticas precisam ser urgentemente reavaliadas e fortalecidas, concordando com estudo realizado em Minas Gerais por Vitorino, Cruz e Barros (2017a).

O planejamento e avaliação das ações em alimentação e nutrição na APS precisa ser incorporado na rotina dos profissionais, enquanto processo de trabalho, entretanto, na maioria dos municípios, foi observado que acontece de maneira isolada da equipe. Como consequência, Bezerra e Bitoun (2017) mencionam que o trabalho e as ações desenvolvidas dessa forma, acabam sendo realizados de maneira mecânica, sem levar em consideração o contexto no qual estão inseridos, demonstrando a necessidade de que o compartilhamento das experiências seja mais inclusivo.

Surge então a necessidade de estudar a percepção dos profissionais da APS de modo a fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde (CORRÊA *et al*., 2020). Entre as vantagens da utilização da pesquisa participante é destacado na literatura que esta permite a problematização, a troca de experiência e a construção compartilhada de conhecimento (CORRÊA *et al*., 2020).

Em vários momentos, percebeu-se, além dos dados quantitativos obtidos, que o espaço de diálogo proporcionado durante as entrevistas atendeu aos propósitos do estudo, bem como possibilitou aos profissionais, conhecer e/ou rever documentos essenciais para as ações de alimentação e nutrição na APS, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012) e a Matriz de ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2009). Cabe ressaltar que este último documento, apesar de sua relevância para a atuação do nutricionista na APS, era desconhecido pela maioria dos IC, inclusive, pelos nutricionistas.

Esse momento surgiu como uma ótima oportunidade de articulação entre os diferentes atores e categorias profissionais, principalmente entre os municípios em que os gestores da APS participaram do encontro. Segundo Penedo, Gonçalo e Queluz (2019), a cogestão, ou seja, um processo de trabalho horizontal, do âmbito da saúde ainda é um desafio na maioria dos municípios, é uma atitude que pode ser capaz de melhorar a autoestima dos profissionais e o ambiente de trabalho, além do estímulo a atuar como protagonistas das ações desenvolvidas no município.

Foi observado também, que apesar de mais de 25,0% dos IC serem ACS, havia pouca participação, principalmente, no processo de gestão. Nesse processo de verticalização, se destacou a importância dos ACS nas ações, no entanto, apesar de reconhecida, pouca valorização dessa categoria foi observada nas tomadas de decisão (PENEDO; GONÇALO; QUELUZ, 2019). No presente estudo, foi identificado a importância da inclusão desses profissionais nos processos de investigação, pois foram capazes de responder a maioria das perguntas realizadas, além de ser a principal ponte entre a unidade e os usuários. Além disso, as ações apresentadas na Matriz de alimentação, em sua maioria, são fundamentais para a atuação dos ACS, como o mapeamento, coleta e avaliação dos dados de vigilância alimentar e nutricional, e ações de vigilância

sanitária. A promoção de grupos de discussão sobre problemas de saúde e proteção, que tiveram baixos percentuais de respostas consideradas como realizadas pelos municípios, poderiam ser melhor implementadas nos municípios, se estes profissionais fossem inseridos no planejamento das ações.

Percebeu-se a considerável presença de nutricionistas nos cuidados primários, entretanto, em muitos casos esses profissionais estavam vinculados a mais de um serviço, como, por exemplo educação e/ou hospital, além de que, quatro municípios não contavam com nutricionista na rede de atenção à saúde, o que refletiu na oferta reduzida de ações específicas, como o desenvolvimento de atividades comunitárias, formação de rede e de grupos para a discussão e promoção da saúde.

Santos (2018) avaliou a atuação de nutricionistas no Estado do Ceará, e verificou que, apesar da expansão da atuação dessa categoria profissional na saúde pública, há o acúmulo de função em quase 25% dos nutricionistas entrevistados. Entre outros órgãos e setores em que esses profissionais atuam, foram apontadas Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), hospital municipal e centro de especialidade. No presente estudo identificou-se que essa é uma realidade principalmente dos municípios de porte pequeno, mas o acúmulo de função, segundo Santos (2018), pode dificultar na implementação e execução das ações de alimentação e nutricional na rotina de trabalho.

Percebe-se ainda, a elevada implementação de NASF-AB, estando presente em 70% dos municípios investigados, o que pode ter contribuído para o elevado número de ações executadas no município. Criado em 2008, e atualizado em 2017, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF-AB é uma estratégia para fortalecer a rede de cuidados e a resolutividade da Estratégia da Saúde da Família (ESF) com o objetivo de apoiar e ampliar as ações executadas, prestando auxílio às equipes existentes no território (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que, o novo programa de financiamento da APS, o Previne Brasil, lançado em 2019, incluiu a adoção da captação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências e essa alteração, segundo Massuda (2020), pode ser considerada um retrocesso histórico e comprometer a atuação da APS, principalmente, devido à descontinuidade do financiamento do NASF-AB, o que configurou na sua extinção em muitos municípios, podendo comprometer assim a abrangência e a integralidade da atenção à saúde da população. Os impactos dessas alterações em relação às ações de alimentação e nutrição precisam ser avaliados no estado, e os dados aqui apresentados poderão ser utilizados como comparativos em estudos futuros.

Apesar de todas as ações terem sidos identificadas, mesmo que em maior ou menor grau, as práticas de intersetorialidade, de vigilância alimentar e as voltadas para a comunidade foram identificadas como incipientes. Esses resultados demonstram a fragilidade da implementação das ações de alimentação e nutrição na APS, contribuindo para a fragmentação do cuidado, e dificultando a implementação das políticas públicas (SOUZA *et al*., 2020).

Em relação à intersetorialidade, pode-se destacar os baixos percentuais na execução dos processos de referência e contrarreferência, mapeamento do território e do desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição fora dos espaços físicos das unidades de saúde. Isso tem sido reconhecido em outros estudos (SILVA; TAVARES, 2016; SOUZA *et al*., 2020).

Silva e Tavares (2016) avaliaram a intersetorialidade no âmbito da APS e apontam para a necessidade urgente de implementação de técnicas de gerenciamento e incentivo a práticas conjuntas de matriciamento, que essas ações sejam incorporadas na rotina de gestores e equipes de saúde e ancoradas nas necessidades da população, de modo a garantir a integralidade do cuidado.

Em relação ao foco central das ações, o presente estudo, se assemelha com os resultados identificados por Santos (2018), onde metade das ações desenvolvidas pelos nutricionistas eram direcionadas aos indivíduos, enquanto apenas 34,6% e 15,4%, eram direcionados à família e à comunidade, respectivamente. O detrimento do número de ações voltadas à comunidade e famílias em relação às ações individuais pode ser uma consequência da dinâmica do processo de trabalho, bem como a formação ainda muito voltada para o caráter biomédico que limitam a atuação dos profissionais da APS (SOUZA *et al*., 2020).

Em relação às ações de vigilância alimentar e nutricional, que foram as ações com menores frequências de atividades consideradas como realizadas pelos municípios, eram direcionadas aos públicos-alvo. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) tem como objetivo auxiliar na formulação de ações, programas e políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde através da avaliação contínua de dados sobre o estado nutricional e o consumo alimentar (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019), entretanto, a subutilização deste sistema é, infelizmente, uma realidade em todo país, sendo que no MS não é diferente.

Entre as razões descritas se destacam a falta de credibilidade nas informações geradas, a formação e a capacitação dos profissionais da saúde para a vigilância dos indicadores, pouco incentivo para a coleta dos dados, além de questões relacionadas às estruturas físicas e do próprio sistema, como ressaltadas por Nascimento, Silva e Jaime (2019).

Além disso, de acordo com os resultados da presente pesquisa, foi verificado em outro estudo que a avaliação antropométrica dos beneficiários de programas de transferência de renda, era priorizada em relação aos outros usuários (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019). Dentre os motivos apontados pelos mesmos autores, destacam-se a necessidade de avaliação semestral desse grupo para manutenção do benefício e a visão limitada do sistema de coleta de informação.

Vale ressaltar que, em um período posterior à coleta de dados, foram desenvolvidas iniciativas ancoradas na PNAN pela Secretaria de Estado de Saúde do MS (MATO GROSSO DO SUL, 2020), as quais visavam o incentivo às ações nos municípios, incluindo a organização da atenção nutricional e a qualificação da força de trabalho, o que pode refletir o compromisso do Estado em reverter essa realidade. As informações mostradas neste estudo poderão servir como eixo comparativo para a verificação da efetividade dessas atividades para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição.

Destaca-se que este estudo é pioneiro ao investigar ações de alimentação e nutrição de maneira abrangente no estado do MS e incluindo profissionais de todas as microrregiões do estado. Como limitação, acredita-se que o delineamento transversal pode não ter sido capaz de identificar todas as lacunas e ações desenvolvidas, mas o estudo permitiu conhecer a prática profissional, sendo possível afirmar que os esforços para a implementação do SUS e das ações de alimentação e nutrição vêm ocorrendo.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a realidade do estado do MS quanto à implementação das ações de alimentação e nutrição e identificar lacunas a serem preenchidas. Os resultados podem contribuir para repensar as políticas públicas do estado e do Brasil como um todo, fortalecendo, assim, as ações de alimentação e nutrição. Além disso, a abordagem metodológica pode inspirar outros estudos.

Foi evidenciado que as ações de alimentação e nutrição acontecem em todos os municípios avaliados, com maior ou menor grau de institucionalidade. Destacou-se a considerável presença de nutricionistas atuantes da rede atenção à saúde, bem como, a significativa iniciativa e interesse dos profissionais e do Estado em tornar as ações de alimentação e nutrição cada vez mais efetivas. Proporcionar mais espaços de debate e a inclusão de diferentes categorias profissionais no processo de gestão e planejamento podem das ações podem apoiar nesse processo.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Participatory methodology as an instrument for the territorialization of Environmental Surveillance actions. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3259–3268, out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 78p.

BRASIL; Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 18 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Vigitel Brasil 2018:** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 131p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico:** roteiro para formular programas e organizar avaliação. 2010. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

CERQUEIRA, L. **Guia do Diagnóstico Participativo.** FLACSO, Brasil. 2015. Disponível em: http://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

CORRÊA, V. D. A. F. *et al*. Metodologia participativa: relato de pesquisa voltada à prática do enfermeiro. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 30, p. 68–76, 30 jun. 2020.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**: Mato Grosso do Sul. 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html. Acesso em: 24 jul. 2021.

JAIME, P. C. *et al*. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 809–824, dez. 2011.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020.

MATO GROSSO DO SUL; Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Detalhado do Terceiro Quadrimestre – setembro a dezembro de 2019**. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/RELATÓRIO-DETALHADO-DO-TERCEIRO-QUADRIMESTRE-DE-2019.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 22, e190028, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720190028 Acesso em: 20 jul. 2020.

PAIXÃO, A. A.; XIMENES, L. S. V.; SANTOS, E. T. Tendências temporais da mortalidade por desnutrição em idosos no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2002 a 2012. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros Seção Três Lagoas**, v. 1, n. 31, p. 48-65, jun. 2020.

PEDRAZA, D. F. *et al*. Evaluation of the National School Food Program: Review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1551–1560, maio 2018.

PEDRAZA, D. F. Implementation of food and nutrition actions in the context of family health strategy, Paraíba, Brazil. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 98-109, dec. 2019.

PEDRAZA, D. F. Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 4, n. 124, p. 141–151, maio 2020.

PENEDO, R. M.; GONÇALO, C. da S.; QUELUZ, D. D. P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 23, e170451, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170451 Acesso em: 15 jun. 2021.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: Conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública,** v. 46, n. 5, p. 1271–1294, out. 2012.

SANTOS, F. C. R. **Nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no estado do Ceará: perfil e atuação profissional**. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

SILVA, D. A. J. da; TAVARES, M. de F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 193–205, dez. 2016.

SOUZA, A. P. *et al*. Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Rev. baiana enferm**., Salvador, v. 34, e34935, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100315&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 jun. 2021.

TAVARES, J. S. *et al*. Logframe Model as analytical tool for the Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy. **Revista de Nutrição**, v. 31, n. 2, p. 251–262, abr. 2018.

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M. da; BARROS, D. C. de. Modeling of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 1, p. 109–126, fev. 2017a.

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M. da; BARROS, D. C. de. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 33, n. 12, e00014217, 2017b. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00014217. Acesso em: 20 maio 2020.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 15/06/2021

Aprovado: 03/08/2021

RISCO DE DISMORFISMO CORPORAL EM ADOLESCENTES ASSOCIADO AO ESTADO NUTRICIONAL

ASSOCIATION OF ADOLESCENTS' BODY DISMORPHISM WITH NUTRITIONAL STATUS

Lucas Gerke Cordeiro[1], Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva[2]

RESUMO

Introdução: Dismorfismo corporal (TDC) é um distúrbio de auto-imagem caracterizado pela maximização de características consideradas negativas, e preocupação compulsória a respeito do corpo. **Objetivo:** Identificar adolescentes com traços característicos do dismorfismo corporal, e sua associação ao estado nutricional. **Materiais e Métodos:** Foi desenvolvido um estudo transversal analítico, com 42 adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 19 anos de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), entre 2019/2020. O estado nutricional foi avaliado por antropometria (peso, altura e índice de massa corporal/idade em escores-Z). Foram investigadas características socioeconômicas e níveis de insatisfação corporal aplicando a escala *Body Shape Questionnarie* (BSQ) para identificar traços condizentes de TDC, analisando a associação das variáveis por meio do teste de qui-quadrado e Man-Whitney. **Resultados:** Observou excesso de peso em 32,7% dos participantes, sendo mais prevalentes nos meninos, e 11,6% de obesidade nos participantes. Na escala *BSQ* aplicada, apenas 7% pontuaram maiores níveis de insatisfação, onde todos apresentavam excesso de peso. Não foi observado associação entre insatisfação corporal e sexo ou idade específicos. **Conclusão:** O estudo identificou um baixo percentual de adolescentes com traços característicos de dismorfismo corporal, sendo que, em todos os participantes que apresentaram insatisfação com seu corpo, era presente o excesso de peso.

Palavras-chave: Imagem corporal. Transtornos dismórficos corporais. Adolescência. Estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Body dysmorphism is a self-image disorder characterized by the maximization of characteristics considered negative, and compulsory concern about the body. **Objective:** Identify adolescents with characteristic features of body dysmorphism, and their association to nutritional status. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out with 42 adolescents of both sexes, aged 10 to 19 years from Campo Grande, MS. Nutritional status was assessed by anthropometry (weight, height and body mass index / age in Z-scores). Socioeconomic characteristics and levels of body dissatisfaction were investigated using the Body Shape Questionnarie (BSQ) scale to identify consistent traits of BDD. **Results:** It was observed overweight in 32.7% of the participants, being more prevalent in boys, and 11.6% of obesity in the participants. On the applied BSQ scale, only 7% scored higher levels of dissatisfaction, where everyone was overweight. **Conclusion:** The study identified a low percentage of adolescents with characteristic features of body dysmorphism, and overweight was present in all participants who were dissatisfied with their bodies.

Keywords: Body image. Dysmorphic disorders. Adolescence. Nutritional status.

[1] Graduado pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil. Orcid: 000-0002-2082-2816. E-mail: lucasgerkee@hotmail.com
[2] Doutora em Nutrição na Saúde Pública, Professora do curso de Nutrição da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil. Orcid: 000-0002-6719-8897

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição entre a infância e vida adulta, dos 10 aos 19 anos, onde ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais, que influenciam implicitamente a construção da personalidade da pessoa, atuando como um processo de reflexo das estruturas sociais, biológicas e culturais desse indivíduo (BRASIL, 2017).

Isto, aliado às exigências sociais de se ter um corpo magro ou musculoso, aumentam o risco da presença de insatisfação corporal, que associado à um distúrbio no padrão alimentar e condições de estresse exógenas, favorecem a prevalência de uma baixa autoestima entre os adolescentes (SILVA A. *et al*., 2018). Todas essas questões podem ser agravadas pelo contexto socioeconômico, a influência familiar e percepções distorcidas de sua aparência física, caracterizando um ambiente propício para o desenvolvimento distúrbios de imagem, como o Dismorfismo Corporal, ou também chamado de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC).

Esse transtorno, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2018), à preocupação exacerbada, ou a maximização de uma característica física própria como defeito. É uma insatisfação corporal que ocasiona em prejuízos no convívio social da pessoa, podendo inclusive ser categorizada como um espectro de transtorno obsessivo compulsivo.

Devido a isso, o TDC é associado a transtornos de imagem, como vigorexia, bulimia ou anorexia, especialmente entre a população infantil e adolescente, pelas alterações fisiológicas naturais desse estágio de desenvolvimento, e uma susceptibilidade de práticas não saudáveis para a perda de peso que impactam a percepção díspar corporal desses indivíduos (SILVA A. *et al.,* 2018).

Matias *et al.* (2020), avaliando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015, evidenciou que comportamentos extremos no controle do peso, causada pela insatisfação corporal era presente em 27,6% dos participantes, e 7,4% dos adolescentes já relatavam uso de laxante ou indução de vômito para perda do peso.

Considerando que o sobrepeso e a obesidade são alterações que podem elevar o risco de transtornos alimentares e TDC na adolescência, torna-se fundamental, nesse grupo da população, o monitoramento do estado nutricional e a identificação antecipada daqueles com risco de desenvolver esses transtornos, para serem encaminhados aos serviços de saúde precocemente (FORTES *et al.,* 2018)

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi identificar adolescentes com traços característicos de dismorfismo corporal, investigando se há associação com o estado nutricional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal e analítico, realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), no período de 2019/2020. A amostra foi selecionada por conveniência dentre os estudantes matriculados em uma escola

estadual e de um projeto social desenvolvido por uma Organização Não Governamental (ONG), localizadas na região sul da cidade.

Os critérios de inclusão foram ter idade entre 10 e 19 anos, aceitar participar do estudo e obter a autorização dos pais ou responsáveis. Foram excluídos da amostragem adolescentes gestantes, com deficiência física ou mental, temporária ou permanente, ou que possuíam questionários incompletos.

As variáveis estudadas foram idade, prática de atividade física, condições socioeconômicas, estado nutricional mediante avaliação antropométrica de peso e estatura, e presença de insatisfação corporal através do questionário *Body Shape Questionnarie* (BSQ).

A coleta de dados foi realizada em três etapas, que consistiu em três visitas à escola e ONG. No primeiro momento os pesquisadores visitaram os locais de coleta, para apresentar e pesquisa e explicar os objetivos e o possível impacto do estudo, considerando o cenário de saúde dessa população. Na ocasião, todos os adolescentes que cumpriam o critério de idade, foram convidados a participar do estudo mediante a obtenção do consentimento dos pais ou responsáveis.

No segundo momento, os participantes foram entrevistados sobre a idade, condições socioeconômicas como escolaridade materna, trabalho dos responsáveis, densidade domiciliar e prática de atividade. Em seguida foram coletados os dados de peso e estatura para a avaliação nutricional.

A avaliação antropométrica baseada no protocolo das Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), contou com aferição da estatura utilizando estadiômetro portátil, a aferição do peso, realizada com uma balança portátil e de bioimpedância elétrica, e o estado nutricional avaliado pelo Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I), e estatura/idade (E/I) segundo as curvas para Escore-Z da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007).

Por fim, no terceiro encontro, foi aplicado o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), versão brasileira validade por Conti, Cordas e Latorre (2009), para conhecer a percepção corporal dos participantes e classificar os níveis de insatisfação corporal. O instrumento possui 34 perguntas com seis opções de escolha, variando entre “nunca” a “sempre”. Cada opção apresenta um escore, de 0 a 5 pontos cada, que ao final são somados permitindo uma classificação de risco pela pontuação alcançada, ≤ 80 (normal), ≥ 81 a ≤ 110 (leve insatisfação), ≥ 111 a ≤ 140 (moderada insatisfação), ≥140 (grave insatisfação).

Foram convidados, ao todo, 300 adolescentes da escola e da ONG. Considerou-se como um viés de seleção, o potencial do constrangimento e possível desconforto ocasionado pela avaliação antropométrica, impactando o tamanho da amostragem.

Os dados coletados foram codificados, e transformados em bancos, aplicados em análises no s*oftware* STATA versão 13.1. As análises descritivas contemplaram as frequências absolutas e relativas. O teste do qui-quadrado foi aplicado para comparação de proporções e o teste de Man-Whitney para comparação de médias. A associação entre as variáveis foi analisada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância menor do que 0,05 ($p < 0,05$).

A pesquisa atendeu aos requisitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (CAEE 89076218.0.0000.0021, e parecer nº 2.919.728 de 26 de setembro de 2018). Todos os sujeitos da pesquisa tiveram a participação autorizada pelos pais ou responsáveis mediante o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinaram o Termo de Assentimento Livre Esclarecido, garantindo o sigilo, privacidade e anonimato dos participantes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 42 adolescentes, 39 estudantes da escola estadual e apenas 3 frequentadores da ONG, sendo a maioria meninas (61,9%) entre 12 a 19 anos. A média de idade foi de 12,5 anos sem diferença entre os sexos (p=0,55). A maior parte dos estudantes eram do sexto e sétimo ano do ensino fundamental. A média da densidade domiciliar foi de 4,6 pessoas sem diferença entre os sexos (p=0,079), com quase a metade tendo ao menos 5 pessoas por residência e escolaridade materna abaixo do ensino médio completo. Dos participantes, 34 (81%) afirmaram praticar alguma atividade física (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de adolescentes segundo características socioeconômicos.

Variáveis	Número total	(%)
Idade		
10-11 anos	14	33,3
12-19 anos	28	66,7
Local de coleta		
Escola estadual	39	92,8
ONG	3	7,2
Sexo		
Masculino	16	38,1
Feminino	26	61,9
Densidade domiciliar		
2 a 4 pessoas	21	51,2
5 a 7 pessoas	16	39,0
8 ou + pessoas	4	9,8
Escolaridade Materna		
EF incompleto	9	26,5
EF completo	0	0,0
EM incompleto	5	14,7
EM completo	17	50,0
ES incompleto	1	2,8
ES completo	2	5,9
Prática de Atividade Física		
Sim	34	80,9
Não	8	19,0

EF=ensino fundamental; EM=ensino médio; ES=ensino superior.
Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação do estado nutricional (Tabela 2) não encontrou casos de baixo peso entre os adolescentes, e apenas 4,8% apresentava baixa estatura. No entanto, 32,6% da amostra apresentou excesso de peso, destes, 11,6% (n=5) já com obesidade. O excesso de peso foi maior entre os meninos (p=0,013), mas sem diferença estatística quando associado a idade (p= 0,643) e prática de atividade física (p=0,216).

Tabela 2 – Distribuição do estado nutricional dos adolescentes, segundo IMC por idade (IMC/I) e estatura por idade (E/I), por sexo.

Variáveis		Total		Masculino		Feminino		p*
		N	%	N	%	N	%	
IMC/I	Eutrofia	28	66,7	7	43,7	21	80,8	0,071
	Sobrepeso	9	21,4	6	37,5	3	11,5	
	Obesidade	4	9,5	2	12,5	2	7,7	
	Obesidade grave	1	2,4	1	6,3	0	0,0	
E/I	Adequada	40	95,2	16	38,1	24	57,1	0,524
	Baixa	1	2,4	0	0,0	1	2,4	
	Muita baixa	1	2,4	0	0,0	1	2,4	

p* teste do qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Através da avaliação pelo questionário BSQ, apenas 7% dos adolescentes (n=3) pontuaram um escore final relativo à uma percepção corporal insatisfatória (Tabela 3). Não houve diferença entre os adolescentes que apresentaram maior predisposição para transtornos de imagem corporal associado à idade e sexo (p>0,05).

Tabela 3 – Distribuição da classificação final da avaliação quanto à insatisfação corporal segundo o Body Shape Questionnarie (BSQ), associado à faixa etária e sexo.

Variáveis	Normal		Leve insatisfação		Moderada insatisfação		Grave insatisfação		p*
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	0,392
Idade									
10-11 anos	14	30,9	1	2,4	-	0,0	-	0,0	
12-19 anos	28	61,9	-	0,0	1	2,4	1	2,4	
Sexo									0,414
Masculino	16	35,7	1	2,4	-	0,0	-	0,0	
Feminino	26	57,1	-	0,0	1	2,4	1	2,4	

p* teste do qui-quadrado; M=sexo masculino; F=sexo feminino.

Fonte: Dados da pesquisa.

Entretanto, ao analisar o estado nutricional e a percepção corporal, foi possível identificar insatisfação unicamente entre os adolescentes com sobrepeso, obesidade, ou obesidade grave, com diferença estatisticamente significante (p=0,044) (Tabela 4). Entre os adolescentes que apresentaram insatisfação corporal, 66,7% (n=2) não praticavam atividade física (p=0,029).

Tabela 4 – Análise da associação do escore de índice de massa corporal pela idade e classificação da percepção corporal segundo BSQ.

IMC/Idade	Normal		Leve insatisfação		Moderada insatisfação		Grave insatisfação		p*
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	0,044
Eutrofia	28	71,8	-	0,0	-	0,0	-	0,0	
Sobrepeso	7	17,9	1	2,4	-	0,0	1	2,4	
Obesidade	3	7,7	-	0,0	1	2,4	-	0,0	
Obesidade grave	1	2,6	-	0,0	-	0,0	-	0,0	

p* teste do qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Observando características sociodemográficas na região periférica da cidade onde o estudo aconteceu, a elevada densidade domiciliar e baixa escolaridade materna, sugerem que a amostra pertence a famílias de baixa renda. Segundo Santos *et al.* (2018) o contexto social pode agir como fator de risco para instalação de autopercepção corporal insatisfatória, favorecendo distúrbios de imagem em adolescentes.

Quanto ao excesso de peso maior em meninos observado nesse estudo, houve convergência com os dados do SISVAN de 2019 em Campo Grande, MS, que apontaram mais de um terço dos adolescentes com excesso de peso, sendo a maior prevalência também entre os meninos (BRASIL, 2020). Resultados semelhantes também foram encontrados na pesquisa do Estudo de Risco Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), de 2013-2014, que identificou o excesso de peso em 25,5%, sendo mais expressivo entre os meninos. Já a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), também identificou no Centro Oeste, ¼ dos adolescentes entre 13 e 17 anos, com excesso de peso; porém, sendo mais frequente entre as meninas (BLOCH; GOLDBERG, 2016).

Em relação ao escore final obtido pela análise do BSQ, o baixo percentual de insatisfação corporal encontrado durante a coleta (7%) foi dissonante com a literatura. Resultados como o de Gomes *et al.* (2018), e Moehlecke *et al.* em 2020, apontaram uma prevalência de insatisfação corporal significativamente maior entre adolescentes de ambos os sexos mediante aplicação da mesma escala.

O baixo percentual encontrado durante a pesquisa, talvez possa ser explicado devido BSQ avaliar insatisfação corporal apenas considerando excesso de peso. Esse estudo não associou ao BSQ instrumentos complementares de investigação, como uma a Escala de Silhuetas de Thompson e Gray, Stunkard, ou um Questionários de Mudança corporal, que ampliariam a identificação de outras variáveis desfecho que poderiam melhorar essa percepção da insatisfação, como por exemplo, auto insatisfação pela magreza, utilizada nos outros estudos (MEIRELES *et al.,* 2015).

Em concordância com isso, a revisão da literatura publicada recentemente por Lucena *et al*. (2020), levanta questões da complexidade de mensurar a percepção corporal de um indivíduo. Utilizar apenas escalas e testes, por mais que auxiliem captar alguns elementos de representação corporal da pessoa, quando desassociados de outros elementos subjetivos, como a cultura e o panorama social, permitem apenas uma percepção reducionista e rasa.

A associação entre idade específica e maior risco de desenvolvimento de distúrbios como o TDC é muito variada na literatura, em função de diferenças na metodologia aplicada e fases etárias utilizadas (BODANESE; PADILHA, 2019). Existem pesquisas como de Silva S. *et al.* (2018), ao estudarem 10.926 adolescentes perceberam a presença de sintomas mais expressivos de insatisfação em idades entre 13-15 anos, ou Pereira (2016) associou maior risco para transtornos de imagem associado à insatisfação corporal em adolescentes mais velhos (15 a 18 anos). Contudo, diversos outros estudos, semelhantemente a este, onde não foi possível estabelecer uma conformidade entre um grupo etário específico e maior risco para o transtorno.

A insatisfação corporal não apresentou diferenças significantes entre os sexos, diferentemente dos resultados observados por outros autores. Moehlecke *et al.* (2020), por exemplo, mostraram que, a cobrança para se alcançar os padrões corporais socialmente desejáveis ocasiona uma maior distorção e superestimação da autopercepção corporal entre a população adolescente feminina, o que poderia sugerir um possível risco aumentado de complicações de distúrbio de imagem nesse público.

Contudo, mesmo diversos estudos apontando prevalência de insatisfação entre adolescentes do sexo feminino, Guimarães *et al.* (2020), também encontraram valores de uma autopercepção insatisfatória maior entre os meninos, significativamente próximos aos encontrados em pesquisas no sexo feminino.

Isso porque, de forma geral, a insatisfação com o corpo se dá por desfechos entre os sexos. Ao analisar, apenas um contexto que cause insatisfação corporal, tende-se a ter resultados subestimados e/ou ilusórios. Porém, avaliando várias causas base com potencial de desencadear o desprazer com a autoimagem, como a insatisfação pela magreza, entre os meninos, e a insatisfação pelo excesso de peso, nas meninas por exemplo, os resultados e a proporção de insatisfação encontrada muda consideravelmente (CLAUMANN *et al.,* 2019).

Quanto ao estado nutricional, os resultados convergem para outras pesquisas, que associaram uma predisposição mais significante para o desenvolvimento de transtornos de imagem corporal como o TDC e outras psicopatologias associadas à insatisfação corporal, em adolescentes com excesso de peso (MARTINI *et al.,* 2020; MATIAS *et al*., 2020; RIBEIRO; PEREIRA; MELLO, 2020).

Contudo, observa-se que entre os adolescentes com obesidade e obesidade grave não houve insatisfação grave. Ou seja, uma maior insatisfação não está necessariamente associada a um valor de IMC/I maior. A literatura nos mostra que tanto o excesso de peso, quanto a magreza podem favorecer a distorção

da percepção, e consequente aumento no desgosto corporal do indivíduo, em ambos os sexos (BATTISTI *et al.,* 2017).

Dessa forma, considera-se o processo da formação de distúrbios de imagem corporal como multifatoriais. A revisão sistemática realizada por Pereira *et al.* (2011), traz como diferentes fatores ambientais, como exposição à padrões midiáticos, classe social, cor de pele, etnia, renda familiar e prática de atividades físicas podem impactar na autopercepção corporal tanto quanto o estado nutricional, para ambos os sexos.

Em decorrência da pandemia ocasionada pelo coronavírus (COVID-19) e as medidas preventivas da quarentena nacional, o presente estudo contou com algumas limitações, tais como o tamanho e variedade da amostra, a falta da caracterização da renda familiar devido incapacidade do relato pelos participantes, o curto tempo de coleta de dados na escola e na ONG, a impossibilidade de continuar a captação de informações de alguns adolescentes já em curso na pesquisa, e consequente descarte desses dados parciais, e a restrição de uma análise estatística mais aprimorada devido aos poucos dados coletados de forma completa.

CONCLUSÃO

O estudo identificou um baixo percentual de adolescentes com traços característicos de dismorfismo corporal. Entretanto, todos os adolescentes com insatisfação corporal apresentavam excesso de peso, sugerindo associação entre essas variáveis.

Como o estudo não permite generalização, considerando suas limitações, a associação entre o estado nutricional de adolescentes e o risco para o desenvolvimento de transtornos de imagem como o TDC deve ser melhor investigada, bem como, mecanismos de prevenção e tratamentos adequados a essa população.

REFERÊNCIAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5:** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018.

BATTISTI, M. *et al*. Percepção da imagem corporal associada ao estado nutricional de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 86-89, 2017. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5799. Acesso em: 19 maio 2021.

BLOCH, K. V.; GOLDBERG, T. B. L. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50suppl1/9s/pt/#. Acesso em: 19 maio 2021.

BODANESE, G. R.; PADILHA, M. E. R. Análise do Conceito de Autoimagem de Adolescentes no Contexto Escolar. **Psicologia.pt**, 2019. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1329.pdf. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Relatórios de Acesso Público**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar a saúde de adolescentes na atenção básica.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 3 ago. 2021.

CLAUMANN, G. S. *et al*. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1299-1308, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401299. Acesso em: 19 maio 2021.

CONTI, M. A.; CORDAS, T. A.; LATORRE, M. R. D. O Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 9, n. 3, p. 331-338, 2009. Disponível em: httpa://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000300012&script=sci abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2021.

FORTES, L. S. *et al*. Influência da insatisfação corporal direcionada à magreza na restrição alimentar e nos sintomas bulímicos: uma investigação prospectiva com jovens nadadoras. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte,** v. 40, n. 3, p. 242-247, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-32892018000300242&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

GOMES, A. P. F. *et al*. Fatores antropométricos relacionados à insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 515-527, 2018. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2815. Acesso em: 20 maio 2021.

GUIMARÃES, R. E. B. *et al*. O consumo excessivo de álcool e a insatisfação com a imagem corporal por adolescentes e jovens de um município baiano. **Caderno de Saúde Pública**¸ v. 36, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105012. Acesso em: 20 maio 2021.

LUCENA, B. B. V. *et al*. Imagem corporal pelo olhar da Psicanálise: contribuições para o campo da Alimentação e Nutrição. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46198. Acesso em: 20 maio 2021.

MARTINI, M. C. S*. et al.* Insatisfação com o peso corporal e estado nutricional de adolescentes: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 967-975, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300967. Acesso em: 20 maio 2021.

MATIAS, T. S. *et al*. Insatisfação e atitudes relativas ao peso corporal associado à percepção de saúde e ao sono em adolescentes (PeNSE 2015). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1483-1490, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000401483&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

MEIRELES, J. F. F. *et al*. Avaliação psicométrica do Questionário de Mudança Corporal para Adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2291-2301, nov. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001102291&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

MOEHLECKE, M. *et al*. Self-perceived body image, dissatifaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescentes: a nationwide study. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 1, p. 76-83, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000100076. Acesso em: 20 maio 2021.

PEREIRA, A. M. G. R. Preocupação com o peso e prática de dietas por adolescentes. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 6, p. 14-18, 2016. Disponível em: https://actaportuguesadenutricao.pt/edicoes/preocupacao-com-o-peso-e-pratica-de-dietas-por-adolescentes/. Acesso em: 20 maio 2021.

PEREIRA, E. F. *et al*. Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr.**, v. 29, n. 3, p. 423-429, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822011000300018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

RIBEIRO, G. M. T.; PEREIRA, L. C. S.; MELLO, A. P. Q. A relação do comportamento alimentar com a autopercepção da imagem corporal. **Advances in Nutritional Sciences**, v. 1, n. 1, p. 21-32. Disponível em: https://journal.healthsciences.com.br/index.php/ans/article/view/4. Acesso em: 20 maio 2021.

SANTOS, T. G. D.; SILVEIRA, J. A. C. D., LONGO-SILVA, G.; RAMIRES, E. K. N. M.; MENEZES, R. C. E. D. Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00066917, 2018. Disponível em: Acesso em: 25 ago. 2021.

SILVA, A. M. B. *et al*. Jovens insatisfeitos com a imagem corporal: estresse, autoestima e problemas alimentares. **Psico-USF**, v. 23, n. 3, p. 493-495, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712018000300483&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, S. U. *et al*. Estado nutricional, imagem corporal e associação com comportamentos extremos para o controle de peso em adolescentes brasileiros, Pesquisa nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2018000200411&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2021.

WHO. World Heath Organization. **Growth reference data for 5-19 year**, 2007. Disponível em: https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age. Acesso em: 3 ago. 2021.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 18/06/2021
ACEITO: 16/08/2021

ASPECTOS RELACIONADOS AO ACESSO A MEDICAMENTOS POR IDOSOS DE CAMPO GRANDE - MS

ASPECTS RELATED TO ACCESS TO MEDICINES BY ELDERLY IN CAMPO GRANDE – MS

Letícia Ribeiro Moreira[1], Ana Isabel do Nascimento[2], Maria Elizabeth Araújo Ajalla[3], Cláudia Du Bocage Santos-Pinto[4]

RESUMO

Introdução: o acesso a medicamentos é um conceito composto por aspectos ligados à acessibilidade geográfica, disponibilidade, capacidade aquisitiva, e aceitabilidade, sendo fundamental para a qualidade de vida da população. **Objetivo**: identificar aspectos relacionados ao acesso à medicamentos por idosos de Campo Grande - MS. **Materiais e métodos**: realizou-se um estudo transversal abordando idosos frequentadores de centros de convivência. Foi aplicado questionário abordando questões sobre aspectos socioeconômico e demográfico, condição de saúde, uso e formas de obtenção de medicamentos. **Resultados**: participaram do estudo 260 idosos, sendo estes majoritariamente mulheres, viúvas, com baixa renda e escolaridade. A média de medicamentos utilizada por idosos foi de 4. No que diz respeito aos aspectos do acesso, 53,46% dos idosos relataram que a indisponibilidade de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde ou Farmácia Popular os levaram a recorrer a farmácias privadas e, além destes, 13 pacientes (5%) deixaram de utilizar um ou mais medicamentos por limitações financeiras. Quanto a acessibilidade geográfica, a grande maioria (81,92%) afirmou não ser difícil chegar ao local onde adquire seus medicamentos. **Conclusão**: pode-se dizer que a análise de alguns aspectos relacionados ao acesso mostrou, para esta população, que questões como disponibilidade e capacidade aquisitiva podem estar comprometendo, em parte, o acesso a medicamentos. O constante monitoramento dos aspectos relacionados ao acesso a medicamentos é importante para apoio à elaboração de estratégias, e para o aprimoramento das políticas já existentes.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Idoso. Sistema Único de Saúde. Centros Comunitários para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: access to medicines is a concept made up of aspects related to geographic accessibility, availability, affordability, and acceptability, being essential for the population's quality of life. **Objective**: to identify aspects related to access to medicines by the elderly in Campo Grande - MS. **Methods and materials:** a cross-sectional study was carried out with elderly people attending Community Centers. A questionnaire was applied, addressing questions about socioeconomic and demographic aspects, health status, use and ways of obtaining medication. **Results:** a total of 260 elderly people participated in the study, mostly women, widows, with low income and educational status. The average number of medicines used by the elderly was 4. Regarding aspects of access, 53.46% of the elderly reported that the unavailability of medication at public facilities or Popular Pharmacy led them to resort to private pharmacies and, in addition, 13 patients (5%) stopped using one or more medications due to financial limitations. Regarding geographic accessibility, the vast majority (81.92%) stated that it was not difficult to reach the place where they obtain their medication. **Conclusion:** the analysis of some aspects related to access showed, for this population, that issues such as availability and affordability may be compromising, in part, access to medicines. Constant monitoring of aspects related to access to medicines is important to support the development of strategies and to improve existing policies.

Keywords: Access to medicines. Elderly. Unified Health System. Community centers for seniors.

[1] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Faculdade de Farmácia, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-7837-7367. E-mail: mribeirolee@gmail.com

[2] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Faculdade de Farmácia, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-2473-0054. E-mail: ana.bel.nasc@gmail.com

[3] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Instituto Integrado de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-0678-2782. E-mail: mabeajalla@ufms.br

[4] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Instituto Integrado de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-5478-4977. E-mail: bocage.santos@ufms.br

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

O medicamento é um bem social essencial para o funcionamento dos serviços de saúde, as o seu acesso ainda é algo irregular em diversos contextos (BARROS *et al*., 2017). O acesso a medicamentos tem implicação direta na cobertura universal e igualitária, sendo um parâmetro fundamental de qualidade e resolutividade do sistema de saúde. De acordo com marcos teóricos desenvolvidos sobre o tema, vários fatores afetam o acesso à medicamentos, tais como a disponibilidade, acessibilidade geográfica, a capacidade aquisitiva da população e a aceitabilidade (BOING *et al*., 2013).

A disponibilidade refere-se à adequação da oferta, para isso, medicamentos de qualidade devem estar disponíveis de acordo com a demanda populacional (MENDES *et al*. 2014). A acessibilidade, segundo Barbara Starfield (2002), refere-se à função do tempo e do espaço. Os medicamentos devem ser acessíveis em todas as partes do país, independente se zona rural ou urbana. O acesso não deve estar sujeito a discriminações, tais como sexo, raça, etnia e status socioeconômico (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A capacidade aquisitiva é o parâmetro de acesso que relaciona o custo do medicamento com a capacidade de pagamento dos indivíduos. Os medicamentos devem ser economicamente acessíveis, isto é, com preços razoáveis para todos, mesmo para grupos menos favorecidos economicamente. No contexto do SUS, este parâmetro se relaciona à gratuidade envolvida no acesso via unidades públicas, ou subsidiado, via Farmácia Popular do Brasil (FPB). Por fim, a aceitabilidade compreende o caráter dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. É definido pela relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos. É o fator menos palpável do acesso, e, portanto, é o mais difícil de ser quantificado e detectado (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Apesar da implantação de políticas públicas na década de 90, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Política de Medicamentos Genéricos e o Programa Farmácia Popular do Brasil, a disponibilização de medicamentos de forma continuada e na quantidade adequada para a população ainda é um desafio. Alguns estudos demonstram que o acesso pode ainda ser mais difícil em função de alguns determinantes sociais e de saúde como sexo, idade, cor da pele, nível socioeconômico, presença de doenças crônicas e número de consultas médicas realizadas (BOING *et al*., 2013).

Os idosos representam a faixa etária que mais consome medicamentos na população (CÓRRALO *et al.*, 2018). As limitações de acesso a esses produtos estão entre os principais motivos relacionados à subutilização dos medicamentos prescritos, levando ao não cumprimento do tratamento prescrito, e tendo como consequências a piora dos quadros clínicos e o aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária (ALVARES *et al*., 2017). Tais fatos reforçam a necessidade de se assegurar que medicamentos estejam disponíveis, no momento e locais adequados, não só para idosos, mas para a população em geral. A investigação dos fatores relacionados ao acesso à medicamentos é importante para ajudar a caracterizar o

sistema de saúde e embasar políticas e ações para ampliar o acesso a medicamentos nos grupos prioritários (BOING *et al*., 2013).

Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul (MS), situado na região Centro-Oeste do Brasil, e em 2018 possuía 874.210 habitantes, sendo destes, cerca de 10,00% idosos (IBGE, 2010). Estudos anteriormente desenvolvidos no município abordam mais frequentemente aspectos da utilização de medicamentos, tais como interações medicamentosas, polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para população idosa (CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002); e uso de medicamentos, discutindo aspectos da prescrição e assistência ao paciente (RIGHES, 2015). Deste modo, as questões que envolvem o acesso entre esse grupo populacional do município, ainda não foram especificamente investigadas. Considerando esse contexto, o objetivo do estudo foi analisar aspectos relacionados ao acesso a medicamentos entre os idosos frequentadores de Centros de Convivência de idosos de Campo Grande.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de base quantitativa, que abordou indivíduos com 60 anos, ou mais, frequentadores de Centros de Convivência de Idosos (CCI), de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, entre outubro de 2017 e outubro de 2018. O município conta com quatro CCI distribuídos em diferentes bairros e com distintos quantitativos de frequentadores, mas que juntos somam 1.892 cadastrados (SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2018). A pesquisa ocorreu em todos os quatro CCI do município, sendo a coleta de dados feita em um centro de cada vez, em períodos subsequentes. A permanência dos pesquisadores em um centro se dava até que, ao longo dos dias, se esgotassem os indivíduos dispostos a participar da pesquisa, seguindo método de saturação da amostra.

A seleção dos participantes consistiu na abordagem pessoal dos idosos, e indagação sobre uso de medicamentos. Em caso positivo, os idosos eram convidados a participar e mediante o aceite e assinatura do TCLE, o questionário era aplicado. Esse instrumento foi constituído de perguntas fechadas e abertas. As variáveis abordadas no presente estudo envolveram questões de perfil socioeconômico e demográfico dos idosos, condições de saúde e medicamentos, e forma de obtenção dos medicamentos, seguindo padrão semelhante de outros estudos disponíveis na literatura tal como a Pesquisa Nacional (PNAUM) (MATTA, *et al*. 2018). Solicitava-se aos idosos que apresentassem a prescrição dos medicamentos para coleta de informações a partir desse documento também.

Para investigação do perfil socioeconômico e demográfico, e das condições de saúde, procedeu-se uma análise descritiva das variáveis coletadas, utilizando-se medidas de frequência simples. Para investigação da relação dos idosos com o Sistema de Saúde foram coletados dados referentes ao local de obtenção da prescrição (se público ou privado), vínculo com unidades públicas de saúde e local de obtenção dos medicamentos (unidade pública de saúde, farmácia privada ou Farmácia Popular do Brasil, e possíveis

combinações entre estes locais). Foi analisada também a relação entre a quantidade de medicamentos e as fontes de obtenção, cruzando-se dados sobre quantidade de medicamentos utilizados por paciente e o local de obtenção dos mesmos (unidade pública de saúde, farmácia privada ou Farmácia Popular do Brasil).

Para a análise dos aspectos relacionados ao acesso à medicamentos, optou-se pela utilização do modelo teórico proposto por Penchansky e Thomas (1981) e adaptado por Luiza e Bermudez (2004), que descreve quatro dimensões relacionadas ao acesso: (A) disponibilidade física: relação entre o tipo e a quantidade de medicamentos necessários e o tipo e quantidade dos produtos oferecidos; (B) capacidade aquisitiva: relação entre preços dos medicamentos e a capacidade de pagar por eles; (C) acessibilidade geográfica: relação entre a localização dos provedores de medicamentos e a localização do usuário; (D) aceitabilidade: ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários. Para o presente estudo, delimitou-se a investigação do acesso aos aspectos relacionados à disponibilidade, capacidade aquisitiva e acessibilidade. Com relação a aceitabilidade, este aspecto não foi investigado por envolver questões que extrapolavam o local de investigação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sob o parecer n°: 2.164.944.

RESULTADOS

Foram entrevistados 306 idosos nos quatro CCI de Campo Grande. Do total de questionários, 46 foram excluídos por inconsistências nos dados, ou pelos idosos não terem apresentado a prescrição dentro do tempo limite para conclusão da pesquisa, restando assim 260 questionários analisados.

Perfil socioeconômico e demográfico

Dentre os idosos participantes no estudo, observou-se idade média de 72 anos. Desses, 215 (82,69%) eram do sexo feminino e 45 (17,31%) do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico e demográfico da amostra analisada.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos participantes de centros de convivência. Campo grande, 2018.

(continua)

Variáveis	Amostra	
	n	(%)
Sexo		
Feminino	215	82,69
Masculino	45	17,31
Idade		
60 - 70	118	45,38
71 - 80	109	41,92
81 - 90	33	12,69

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos participantes de Centros de Convivência. Campo grande, 2018.

(conclusão)

Variáveis	Amostra	
	n	(%)
Cor ou Raça		
Branco	157	60,38
Negro	20	7,69
Pardo	62	23,85
Outros	19	7,31
Não respondeu	2	0,77
Estado Civil		
Solteiro	31	11,92
Casado	80	30,77
Viúvo	105	40,38
Divorciado	41	15,77
Outros	3	1,15
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	88	33,85
Ensino Fundamental completo	40	15,38
Ensino médio completo	54	20,77
Ensino médio incompleto	26	10,00
Superior completo	33	12,69
Superior incompleto	2	0,77
Sem escolaridade	15	5,77
Não sabe informar	2	0,77
Renda familiar		
Menor que meio salário mínimo	5	1,92
Entre meio e um salário mínimo	107	41,15
Entre um e dois salários mínimos	91	35,00
Entre dois e quatro salários mínimos	32	12,31
Maior que quatro salários mínimos	23	8,85
Não respondeu	2	0,77
Número de familiares no mesmo domicílio (incluindo a si)		
1	88	33,85
2	112	43,08
3	37	14,23
4	11	4,23
5 ou mais	12	4,62

Fonte: Dados da pesquisa

A maior parte da população entrevistada foi constituída de indivíduos autodeclarados brancos (60,38%), seguida de pardos e negros, que juntos representavam cerca de 30,00% dos idosos, e ainda 7,31% que correspondiam a idosos indígenas e de descendência oriental. Com relação ao estado civil, foi observada uma maioria de indivíduos viúvos (40,38%). Quanto a escolaridade, 33,85% cursaram apenas o ensino

fundamental incompleto, e 5,77% não possuíam escolaridade. Um pouco menos da metade da população (41,15%) recebia entre meio e um salário mínimo e 33,85% viviam sozinhos em seu domicilio (Tabela 1).

Condição de saúde e uso de medicamentos

Em relação às condições de saúde relatadas, a doença crônica não transmissível (DCNT) prevalente foi a hipertensão arterial (64,62%), seguida da dislipidemia (31,54%). Dados sobre a percepção de saúde mostraram que mais de 60% dos idosos consideram sua situação como boa ou muito boa. Observou-se média de quatro medicamentos utilizados, por idoso, sendo que aqueles que utilizavam 5 ou mais medicamentos representaram 35,77% (Tabela 2).

Tabela 2 – Condição de saúde e uso de medicamentos por idosos participantes de Centros de Convivência. Campo Grande, 2018.

Variáveis	Amostra	
	n	(%)
Doenças crônicas prevalentes		
Hipertensão arterial	168	64,62
Dislipidemia	82	31,54
Diabetes Mellitus	62	23,85
Doenças osteoarticulares	59	22,69
Disfunção da Tireoide	43	16,54
Doença coronariana	30	11,54
Transtornos psiquiátricos	18	6,92
Outras	102	39,24
Situação de saúde autopercebida		
Muito boa	28	10,77
Boa	133	51,15
Regular	88	33,85
Ruim	6	2,31
Muito ruim	0	0,00
Não respondeu	5	1,92
Número de medicamentos por idoso		
1	33	12,69
2	56	21,54
3	45	17,31
4	33	12,69
5 ou mais	93	35,77

Fonte: Dados da pesquisa

Relação dos idosos com o sistema de saúde

A unidade pública foi o local de maior prevalência das consultas para obtenção de receita (59,62%), e a maioria dos idosos entrevistados alegaram possuir vínculo com alguma UBS (68,85%). A farmácia privada

foi citada como principal local exclusivo de obtenção dos medicamentos (27,31%). Levando-se em consideração os idosos que relataram fontes mistas de obtenção, tem-se que cerca de 55% utilizam a rede pública para obtenção de medicamentos, no entanto apenas 25,77% de forma exclusiva (Tabela 3).

Tabela 3 – Obtenção de medicamentos pelos idosos participantes de Centros de Convivência. Campo Grande, 2018.

Variáveis	Amostra	
	N	(%)
Local onde os medicamentos foram prescritos		
Unidade pública de saúde	155	59,62
Unidade privada	95	36,54
Unidade pública e privada	10	3,85
Possui vínculo com Unidade Básica de Saúde (UBS)		
Sim	179	68,85
Não	81	31,15
Local onde obtém os medicamentos		
Unidade Básica de Saúde	67	25,77
Farmácia Privada	71	27,31
Farmácia Popular do Brasil	30	11,54
Unidade Básica de Saúde e Farmácia Privada	29	11,15
Unidade Básica de Saúde e Farmácia Popular do Brasil	36	13,85
Farmácia Privada e Farmácia Popular do Brasil	17	6,54
Todas as opções	10	3,85

Fonte: Dados da pesquisa

Aspectos relacionados ao acesso

Com relação a disponibilidade, foi relatado por mais da metade dos idosos a indisponibilidade de medicamentos nas UBS (47,69%) ou Farmácia Popular (3,85%) como motivo para necessidade de aquisição em farmácias privadas (Tabela 4). Dezenove pacientes (7,31%) deixaram de utilizar um ou mais medicamentos no último mês por dificuldades na obtenção, sendo os principais motivos alegados a indisponibilidade na UBS ou FPB, e a dificuldade em arcar com custos.

No que diz respeito a capacidade de pagamento, é possível observar na Tabela 4 que, além dos 53,46% idosos que relataram a necessidade de desembolso próprio para obtenção dos medicamentos, outros 5% dos idosos mencionaram ter deixado de utilizar o medicamento por impossibilidade de pagar pelo mesmo. Deste modo, é possível perceber que cerca de 60% dos idosos do estudo tiveram seu uso de medicamentos impactado, de alguma maneira, pela questão financeira ligada a obtenção destes insumos.

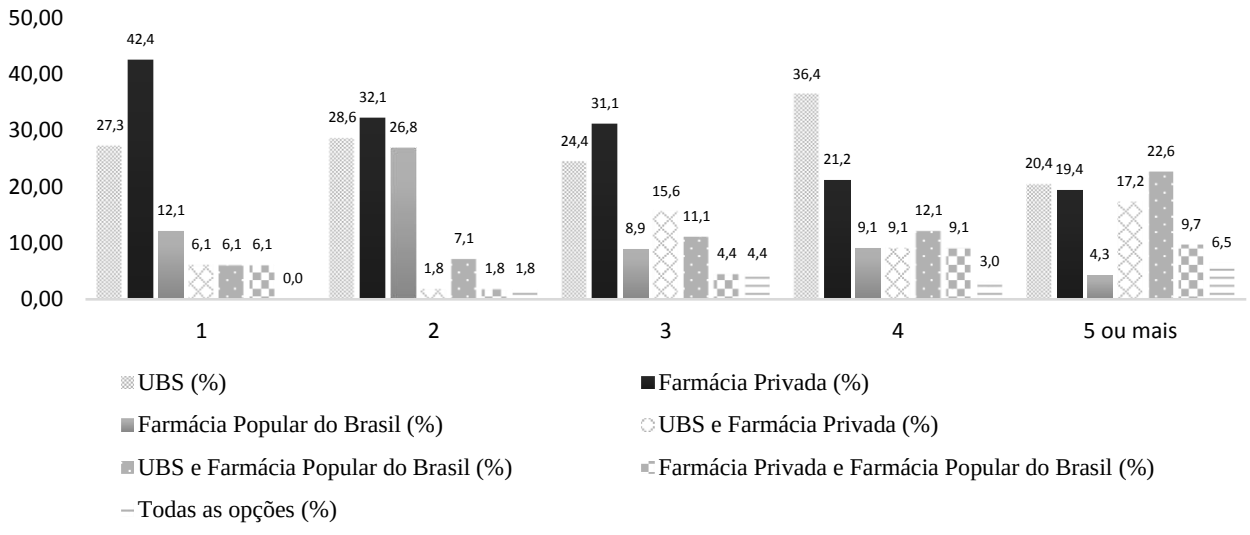
Tabela 4 – Disponibilidade de medicamentos e capacidade aquisitiva de idosos participantes de Centros de Convivência. Campo Grande, 2018.

Variáveis	Amostra	
	n	(%)
Já teve que comprar algum dos seus medicamentos em algum momento no último ano		
Sim, não tinha no posto	124	47,69
Sim, não tinha na Farmácia Popular	10	3,85
Sim, não tinha no posto e na Farmácia Popular	5	1,92
Sim, a receita estava vencida	8	3,08
Sim, outro motivo	76	29,23
Não	36	13,85
Não respondeu	1	0,38
Deixou de utilizar algum dos seus medicamentos no último mês		
Sim, por motivos relacionados a obtenção	19	7,31
Sim, por dificuldades relacionada a utilização	104	40,00
Não	117	45,00
Não respondeu	20	7,69
Motivos relacionados a obtenção que levaram a não utilização do medicamento		
Não tinha na UBS	4	1,53
Não tinha na Farmácia Popular	1	0,38
Não tinha na UBS e Farmácia Popular	1	0,38
Não podia pagar	13	5,00

Fonte: Dados da pesquisa

Na Figura 1 observa-se o local de obtenção, segundo número de medicamentos utilizados pelos idosos. Observou-se que a obtenção de medicamentos por meio de farmácias privadas diminui conforme aumenta-se o número de medicamentos utilizados pelos idosos.

Figura 1 – Obtenção de medicamentos por idosos participantes de Centros de Convivência de acordo com a quantidade de medicamentos utilizados. Campo Grande, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

Na avaliação da acessibilidade geográfica a grande maioria da população (81,92%) afirmou que não é difícil chegar até o local que adquire seus medicamentos, enquanto 13,85% alegou ser um pouco difícil, ou muito difícil (3,46%). Em questão da distância percorrida, 60% dos idosos disseram que o local onde obtêm seus medicamentos não é longe de sua casa, e 22,31% e 17,31% disseram ser longe ou mais ou menos longe, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicam um predomínio de indivíduos do sexo feminino, além de grande proporção de participantes viúvos. Dados da literatura corroboram os achados do presente estudo ao revelarem predominância de idosos do sexo feminino tanto na população geral, quanto na participação em CCI. O maior número de mulheres pode ser interpretado em função de sua maior expectativa de vida em relação aos homens, acarretando em mais mulheres frequentando centros de convivência, entre as quais, muitas viúvas (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012).

Pesquisas que avaliaram o nível de atividade física de idosos participantes de grupos de convivência verificaram que estes são mais ativos fisicamente, sendo as mulheres idosas mais ativas que os homens idosos. Além disso, idosas participantes de grupos de convivência que são fisicamente ativas têm melhor qualidade de vida (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012). Estima-se que a predominância de uma percepção positiva relacionada à própria saúde possa ser um dos fatores relacionados a uma melhor qualidade de vida, conforme observado entre os resultados do estudo. Nesse contexto é importante destacar a definição de envelhecimento ativo, onde entende-se que a palavra “ativo” não é restrita à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Mais do que isso, refere-se à capacidade e possibilidade de participar das questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis de sua comunidade (WHO, 2005). Deste modo, entende-se que a participação dos idosos nos CCI, independente das atividades físicas desenvolvidas nestes ambientes, por si só, configura um perfil mais ativo destes indivíduos.

Na presente pesquisa a cor branca foi prevalente (60,38%) entre os idosos entrevistados, seguida da parda. Esse resultado pode estar relacionado com o próprio perfil de frequentadores dos CCI. Em relação a prevalência de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, Hott e Pires (2011) destaca que esse fato é consequência da maior autonomia dos idosos nessa idade. Também foi possível observar uma baixa participação de idosos com mais de 80 anos, o que também foi verificado por Borges, Bretas, Azevedo e Barbosa (2008), e pode estar relacionado a um maior grau de dependência e comorbidades que aumentam conforme o avanço da idade, limitando o acesso e a participação no CCI.

No que diz respeito à escolaridade, foi observada grande proporção com ensino fundamental incompleto, e em relação à renda, foi mais frequente a faixa entre meio e um salário mínimo (41,15%). Segundo Farias *et al.* (2021) as variáveis renda e escolaridade seguem esse padrão nos estudos com idosos.

Ocorre frequentemente a diminuição dos rendimentos, compatível com o fim da idade produtiva e inserção no mercado de trabalho e, além disso, a prevalência de rendimentos de cerca de um salário mínimo, tem relação com o recebimento de aposentadoria e Benefício de Prestação Continuada (BPC) (FARIAS *et al*., 2021). Alerta-se para o fato de que cerca de 10% dos idosos declararam renda inferior ao salário mínimo, o que vai contra ao que é preconizado pela legislação, e pode comprometer a qualidade de vida dos idosos. Desta forma, os centros de convivência podem ser considerados como uma opção de lazer economicamente favorável para os indivíduos dessa faixa etária (BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; BORGES; BRETAS; AZEVEDO; BARBOSA, 2008).

A maioria dos idosos desse estudo declarou morar acompanhado de pelo menos mais uma pessoa, mas é importante destacar o grande quantitativo de idosos residindo sozinho (33,85%), o que certamente tem implicações nos cuidados à saúde e utilização de medicamentos.

No que se refere a condições de saúde dos idosos, todos relataram pelo menos uma DCNT, sendo a hipertensão arterial a mais frequente, seguida de dislipidemia e diabetes mellitus. Estudo de Borges, Bretas, Azevedo e Barbosa (2008) também evidenciou hipertensão arterial (HA) (89,84%) e diabetes mellitus (88,5%) como condições de saúde mais prevalentes entre os 187 idosos frequentadores de centro de convivência de Belo Horizonte. É importante ressaltar que a prevalência de tais doenças crônico-degenerativas acarreta necessariamente maior consumo de medicamentos de uso contínuo (HOTT; PIRES, 2011). Cabe lembrar que a HA, é fator de risco importante para ocorrência de acidentes vasculares, cerebrais, isquêmicos ou hemorrágicos, sendo imprescindível uma boa adesão dos medicamentos para se evitar tais riscos (RÊGO *et al*., 2020).

Ainda em relação às condições de saúde, a maioria autorreferiu a situação de saúde como boa. Este dado contrasta com o de pesquisa realizada em Unidades Básicas de Saúde, onde a autopercepção positiva foi constatada apenas entre 25% dos idosos (FARIAS *et al.,* 2021). Uma autoavaliação de saúde ruim está associada ao maior risco de morbidade e mortalidade, sendo a melhor condição de saúde um preditor do envelhecimento saudável (NUNES *et al.,* 2017). Soma-se a suposição de que idosos participantes de CCI são indivíduos mais ativos e dispostos, o que pode influenciar sobremaneira na forma de se autoperceber.

Sobre o número de medicamentos utilizados, analisou-se que uma considerável parcela dos idosos entrevistados (35,77%) utiliza 5 ou mais medicamentos, o que caracteriza polifarmácia. Esse dado contrasta com o do *Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil), onde foi observada proporção de polifarmácia entre 13,5% dos idosos abordados no país (SEIXAS; FREITAS, 2021). É importante ressaltar que a população idosa tem predisposição a vários fatores que contribuem para o uso de maior número de medicamentos, tais como a idade e aumento da prevalência de doenças crônicas (NASCIMENTO *et al*., 2017a). Cabe ressaltar também que mais de 60% dos idosos entrevistados não se enquadram no perfil de polifarmácia, o que é dado importante sobre a situação de saúde destes indivíduos. Ademais, cabe destaque

para o fato de que foram entrevistados apenas aqueles idosos que faziam uso de pelo menos um medicamento, ficando de fora da amostra os indivíduos que não utilizavam nenhum medicamento.

O local mais prevalente para obtenção de receita a partir de consultas médicas - levando-se em consideração todas as respostas que incluíam unidades públicas, mesmo que de forma não exclusiva - foi a Unidade Pública de Saúde (59,62%). Um número aproximado de idosos também referiu ter vínculo com alguma UBS (68,85%). Tais dados refletem a forte dependência de grande parte destes indivíduos sobre o SUS. O estudo da PNS, mostrou que, para o ano de 2019, a média de idosos que conseguiu obter medicamentos em unidades públicas de saúde, dentre aqueles que tiveram medicamentos prescritos, foi de 34,00% (PNS, 2019), resultado inferior ao observado no presente estudo. No entanto, se considerarmos as respostas de idosos que mencionam as unidades públicas como fonte exclusiva de obtenção de medicamentos, temos um percentual de 25, 77%, o que se aproxima um pouco mais do dado nacional. Quanto ao local de aquisição da medicação, a farmácia privada foi citada como o principal local exclusivo de obtenção dos medicamentos (27,31%), seguida pela unidade pública (25,77%). Entretanto, quando analisados os idosos que obtiveram a medicação por meio de fontes mistas, a Unidade Pública de Saúde se sobressai, indicando busca por mais da metade da população. Segundo Matta *et al*. (2018) as limitações para o acesso a medicamentos pelo setor público por aqueles que recebem a prescrição no SUS podem acarretar em uma procura maior por outras fontes de obtenção para o tratamento das doenças, seja pela busca nas farmácias privadas, seja pela obtenção no PFPB.

Ressalta-se o papel do PFPB no contexto nacional, onde, desde 2004, se inseriu como elemento de ampliação do acesso a medicamentos, o que ocorreu de maneira mais expressiva a partir de 2006 com a parceria estabelecida com farmácias privadas através da vertente “Aqui tem Farmácia Popular”, com dispensação gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma (SANTOS-PINTO; MIRANDA; ESHER; OSORIO-DE-CASTRO, 2018). Frente ao grande percentual de idosos (35,78%) que mencionou o PFPB como fonte exclusiva, ou não, de obtenção de medicamentos, percebe-se a importância desta via de acesso no contexto nacional. Diante disso, as recentes mudanças ocorridas no Programa, com fechamento das unidades próprias, e ameaças de seu encerramento, trazem preocupação dentro do contexto de acesso a medicamentos no país (BERMUDEZ; LUIZA; SILVA, 2020).

Quando foram contrapostos os dados sobre fontes de obtenção e número de medicamentos utilizados, percebeu-se que o número de pacientes que utilizam a farmácia privada como fonte exclusiva de obtenção de medicamentos diminuiu, quanto maior o número de medicamentos utilizados. Isso provavelmente está relacionado a necessidade de maiores gastos com o uso de múltiplos medicamentos. Da mesma forma, percebeu-se a utilização de fontes mistas para obtenção mais frequente conforme o maior uso de medicamentos pelo idoso. A literatura corrobora esta hipótese ao apontar que como consequência da polifarmácia ocorre o aumento nos gastos com medicamentos o que estimula a busca por outras fontes de obtenção (MATTA *et al*., 2018).

Na análise da disponibilidade dos medicamentos fica evidente que grande parcela dos idosos entrevistados teve que, em algum momento, comprar o medicamento no último ano, pois a mesma não estava disponível na Unidade Pública de Saúde. Deve-se, no entanto, levar também em consideração a possibilidade de o medicamento não integrar a lista de dispensação pública do município, o que justificaria essa ausência. Entretanto, nesses casos, é importante salientar o papel do prescritor no ciclo da assistência farmacêutica, uma vez que este deve contribuir também para o acesso, buscando prescrever de acordo com parâmetros de uso racional de medicamentos e considerando protocolos clínicos e listas públicas. Em um estudo realizado por Mendes *et al.* (2014), que caracterizou, com base nos dados do Programa de Melhoria da Qualidade- PMAQ-AB, a disponibilidade de medicamentos nas UBS do Brasil, foi encontrada uma disponibilidade média de 44,9%, valor abaixo do que foi encontrado por Nascimento *et al.* (2017b), que relatou uma disponibilidade média de 52,9%. Entretanto, cabe ressaltar que na presente pesquisa a disponibilidade não foi medida nas unidades de saúde, verificando-se estoques ou consultando atores envolvidos com a gestão do insumo. O presente estudo levanta aspectos da disponibilidade a partir da fala de usuários do sistema. Desta maneira, entende-se a disponibilidade vivida e percebida pelos mesmos.

A baixa disponibilidade de medicamentos se tornou um problema global no setor público, e medicamentos para tratamento de DCNT são ainda menos disponíveis em relação àqueles para tratamentos de doenças agudas, sobretudo em países de baixa e média renda (CAMERON *et al*., 2011). Em virtude do envelhecimento populacional, as morbidades (como por exemplo: hipertensão arterial e diabetes) começam a ter prevalência crescente e a disponibilidade dos medicamentos nesse cenário assumem grande importância (FRANCISCO *et al.*, 2019).

Apesar da indisponibilidade dos medicamentos declarada pelos idosos nessa pesquisa, a não utilização destes insumos como consequência disso se mostrou baixa nessa população. Isto aponta para o fato de que os mesmos estejam desembolsando recursos para ter acesso aos medicamentos de que necessitam. Esta hipótese é reforçada pelo resultado que mostra que cerca de 86% dos idosos entrevistados pagaram por seus medicamentos em alguma ocasião no último ano.

O valor atribuído aos medicamentos é estabelecido tanto por fatores associados ao mercado, assim como pela capacidade aquisitiva de famílias e governos. Corresponde também a uma barreira de acesso, porque aflige a capacidade dos indivíduos, famílias e provedores públicos e privados a pagar por eles (OLIVEIRA *et al*., 2016). Boing, Bertoldi e Peres (2011), em sua pesquisa realizada na área urbana de Florianópolis, demonstraram que a média de gastos com medicamento é maior nos indivíduos de maior idade, visto que os mesmos utilizam um número maior desses insumos. Entre os participantes do estudo, o possível impacto na obtenção, causado pela capacidade aquisitiva foi aparentemente baixo, mesmo considerando que quase 50% da população é de baixa renda. Apesar de 86% terem declarado a realização de desembolso para aquisição dos medicamentos, dos 260 idosos entrevistados, apenas 13 (5%) relataram ter deixado de utilizar o medicamento por impossibilidade de arcar com seu custo. Entretanto, o estudo

conduzido por Oliveira *et al*. (2016) em amostra representativa da população brasileira mostrou que 2,6% da população, de adultos e idosos, referiram ter ficado sem algum dos medicamentos que precisavam nos últimos 30 dias devido à dificuldade financeira. Tal proporção se mostra inferior ao achado do presente estudo, levantando a hipótese de que a população idosa de Campo Grande esteja sendo mais impactada financeiramente pela indisponibilidade de medicamentos.

A indisponibilidade do medicamento na UBS, obriga o idoso a buscar outras formas de obtenção, sendo uma delas a farmácia privada. Esta via de acesso pode gerar uma oneração com medicamentos não programada, sendo capaz de originar riscos à saúde ainda maiores, por comprometerem os gastos com outros quesitos, como alimentação por exemplo, tornando a população mais suscetível a problemas relacionados a saúde, ou problemas financeiros, convertendo-as em famílias mais pobres ou até mesmo indigentes (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011).

A acessibilidade geográfica abordada por Álvares *et al.* (2017), em estudo envolvendo usuários da atenção primária no SUS, mostrou que, para 59,5% dos pacientes, a "UBS não ficava longe de sua residência", enquanto que para 83%, era "fácil ou muito fácil chegar até unidade de saúde". Valores aproximados foram encontrados no presente estudo, sendo possível também observar que, embora a maioria tenha declarado que chegar até a unidade dispensadora não seja difícil, quase um quarto dos idosos relatou que o local onde adquire a medicação é longe de sua casa. Deve-se ter em mente que a análise da acessibilidade envolve não apenas a distância, mas também os meios de se chegar ao local (WHO, 2015). Os resultados do estudo dão indícios de que, na cidade, apesar da distância, as unidades se localizam em sítios de fácil alcance, o que pode estar relacionado com disponibilidade de transporte público, ou mesmo pela existência de meio de transporte próprio. Deve-se ter em mente que a análise da acessibilidade. Importante ressaltar ainda que a acessibilidade geográfica entre idosos deve ser analisada com cautela, quando comparada a outros estudos não restritos à população idosa, uma vez que o alcance e a locomoção são provavelmente mais difíceis entre indivíduos mais velhos.

Como limitações do estudo deve-se ressaltar a possibilidade do viés de memória, uma vez que os dados coletados foram auto relatos dos idosos, a respeito de várias questões. Também é importante pontuar que a questão de avaliação do acesso a medicamentos no Brasil é uma temática que abrange uma grande variedade de conceitos e abordagens, o que dificulta, de certo modo, a comparabilidade dos estudos. Não há padronização nos instrumentos utilizados nas avaliações, levando os indicadores a apresentarem resultados nem sempre amplamente comparáveis, em todas as suas dimensões.

Como ponto forte do estudo, ressalta-se a investigação de temática importante a Assistência Farmacêutica, abordando questões que vão além da utilização dos medicamentos pelos idosos, temática já explorada inclusive entre os indivíduos de Campo Grande. O conhecimento dos aspectos envolvidos no acesso à medicamentos é fundamental subsídio para gestão, compreendendo um elemento diagnóstico para intervenções que levem a melhorias no serviço ofertado à população idosa do município.

CONCLUSÃO

O perfil dos idosos frequentadores dos CCI de Campo Grande revelou uma população majoritariamente feminina, viúva e de baixa escolaridade e renda. Apesar das morbidades, a autopercepção de saúde foi positiva na maior parte dos entrevistados, e a média de medicamentos utilizados por idoso foi menor do que o observado em outros estudos, fato que pode estar relacionado ao próprio ambiente aonde a pesquisa foi realizada.

A relação dos idosos com o sistema de saúde, revelou uma grande dependência do sistema público para consultas e obtenção de medicamentos, pela maior parte dos idosos, entretanto a farmácia privada revelou-se como fonte frequente de obtenção dos medicamentos. Estima-se que esse fato possa estar relacionado com a frequente indisponibilidade do insumo, seja pelo desabastecimento, seja pelo medicamento não integrar a lista do SUS. Por outro lado, foi percebida relação inversamente proporcional entre a quantidade de medicamentos utilizados e sua obtenção no setor privado, o que aponta para o possível impacto que a compra de medicamentos impõe sobre a renda destes indivíduos. Este fato reforça a importância da disponibilidade dos medicamentos tanto nas UBS quanto na Farmácia Popular do Brasil. A acessibilidade geográfica mostrou-se o aspecto mais favorável entre os analisados, entretanto a disponibilidade e a capacidade aquisitiva podem estar comprometendo, em parte, o acesso a medicamentos entre os idosos de Campo Grande.

A falta de acesso a medicamentos é tema que deve estar sempre no horizonte dos formuladores de políticas e gestores do sistema, uma vez que seus impactos podem se traduzir em descompensação clínica, maiores gastos para os pacientes e também em uma maior procura pela atenção secundária e terciária, e consequentes gastos para o Sistema. Logo, o constante monitoramento dos aspectos relacionados ao acesso a medicamentos é importante para apoio à elaboração de estratégias, e para o aprimoramento das políticas já existentes.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Secretaria de Assistência Social de Campo Grande/MS pela autorização e apoio à realização da pesquisa, assim como aos funcionários dos CCI e idosos que participaram do estudo.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. *et al*. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:20s, 2017.

BARROS, R. D. *et al*. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:8s, 2017.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.

BERMUDEZ, J. A. Z.; LUIZA, V. L.; SILVA, R. M. Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a utopia. *In*: BERMUDEZ, J. Z., COSTA, J. C. S., NORONHA, J. C. (org). **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições livres, 2020. p. 19-62.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BOING, A. C. *et al*. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BORGES, P. L. C.; BRETAS, R. P.; AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M. M. Perfil de idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.

CAMERON, A. *et al*. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, p. 412-421, 2011.

CÓRRALO, V. *et al*. Polifarmácia e fatores associados em idosos diabéticos. **Revista de Salud Pública** [online], v. 20, n. 3, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.15446/rsap.V20n3.50304. Acesso em: 10 mai. 2020.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** [online], v. 38, n. 2, p. 215-227, 2002.

FARIAS, A. D. *et al*. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 5, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04532021. Acesso em: 10 maio 2020.

FRANCISCO, P. M. S. *et al*. Prevalência de diabetes em adultos e idosos, uso de medicamentos e fontes de obtenção: uma análise comparativa de 2012 e 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v. 22, n. 5, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720190061. Acesso em: 12 jun. 2021.

HOTT, A. M.; PIRES, V. A. T. N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, MG, v. 4, n. 1, 2011.

IBGE. Sinopse dos resultados Censo. 2010.

LUIZA V. L.; BERMUDEZ J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. *In:* OLIVEIRA, M. A.; ZEPEDA BERDMUDEZ, JÁ, ESHER A. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2004. p. 45-67.

MATTA, S. R. *et al*. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-13, 2018.

MENDES, L. V. *et al*. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al*. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:19s, 2017a.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al*. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:10s, 2017b.

NUNES, J. D. *et al*. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017.

OLIVEIRA, M. A. *et al*. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2:5s, 2016.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. The Concept of Access – Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, 1981.

PNS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2019. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns#Uso%20de%20servi%C3%A7o%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 12 jun. 2021.

RÊGO, A. S. *et al*. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by elderly people with hypertension. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 73, supl. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0078. Acesso em: 10 mai. 2021.

RIGHES, C. S. **Utilização de medicamentos por idosos, em um centro de convivência, no município de Campo Grande, MS**. 2015. 66 f. Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; MIRANDA, E. S.; ESHER A. F.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A provisão de medicamentos pelo "Saúde Não Tem Preço" em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, e280106, 2018.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Centros de Convivência do Idoso – CCI. Disponível em: http://www.campogrande.ms.gov.br/sas/cci/. Acesso em: 16 mai. 2021

SEIXAS, B. V.; FREITAS, G. R. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). **Pharmacy Practice,** Granada, v. 19, n. 1, p. 2168, 2021.

STARFIEL, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

WHO. **World report on ageing and health**, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jul. 2021.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 08/07/2021
ACEITO: 13/08/2021

FINANCIAMENTO DO SUS: UMA QUESTÃO DE RECURSOS OU GESTÃO?

SUS FINANCING: A RESOURCE OR MANAGEMENT ISSUE?

Camilla Oliveira Haddad[1], Heloísa Geminiano[2], Isabela Yurie Yamada[3], Isadora Borges de Brito[4], Júlia Schwingel[5]

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) surge em um contexto de redemocratização política no Brasil, por isso está fortemente associado a um momento de ampliação dos direitos, no qual a saúde passa a ser vista como universal e irrestrita. O SUS teve todo seu processo de implementação regido pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), que discorrem sobre as regras acerca do seu financiamento, regulamentando seu repasse e direcionamento. No entanto, essas leis sofrem constantes atualizações por meio de projetos e emendas que influenciam de maneira positiva e negativa a infraestrutura da saúde. **Objetivo:** Promover a reflexão acerca da Saúde Pública brasileira, com enfoque no financiamento do SUS, buscando concluir se suas falhas originam da insuficiência de recursos, da administração deficitária ou ambas. **Métodos:** Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa a partir das produções científicas registradas nas bases de dados BVS e Scielo. As buscas foram realizadas em abril e maio de 2021 utilizando os seguintes descritores: “Financiamento”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Organização e Administração”, “Atenção Primária a Saúde” e “Gestão”, sendo incluídos periódicos em português e publicados de 2008 a 2020 que atendiam os objetivos propostos. **Resultados:** Conforme os critérios pré-estabelecidos, 20 materiais foram selecionados, sendo 16 estudos e 4 normas legislativas, que explicam como se dá o financiamento no SUS. **Conclusão:** Por fim, os achados demonstram que os problemas envolvendo a temática dependem tanto de uma fonte eficiente de verba, quanto de uma gestão qualificada, apontando uma ação conjunta de ambos os fatores no cenário observado.

Palavras-chave: Financiamento da assistência à saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Organização e administração.

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System (SUS) appears in a context of political redemocratization in Brazil, so it is strongly associated with a moment of expansion of rights, in which health is seen as universal and unrestricted. The SUS had its entire implementation process governed by the Organic Health Laws (LOS), which discuss the rules regarding its financing, regulating its transfer and direction. However, these laws are constantly updated through projects and amendments that positively and negatively influence the health infrastructure. **Objective:** To promote reflection about Brazilian Public Health, focusing on the financing of the SUS, trying to conclude whether its failures are due to insufficient resources, deficient administration, or both. **Methods:** For that, an integrative review was carried out based on the scientific productions registered in the BVS and Scielo databases. Searches were carried out in April and May 2021 using the following descriptors: "Financing", "Unified Health System", "SUS", "Organization and Administration", "Primary Health Care" and "Management", including periodicals in Portuguese and published in the period from 2008 to 2020 that met the objectives of this review. **Results:** According to the pre-established criteria, 20 materials were selected, being 16 studies and 4 legislative norms, which explain how the financing of the SUS is done.**Conclusion:** Finally, the findings demonstrate that the problems involving the financing of the SUS depend both on an efficient source of funds and on a qualified management, which demonstrates a joint action of both factors in the observed scenario.

Keywords: Healthcare financing. Unified Health System. Health management. Organization and administration.

[1] Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 000-0003-4568-5018. E-mail: camillahaddad@hotmail.com
[2] Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-8377-317X. E-mail: heloisa.geminiano@gmail.com
[3] Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-6389-6970. E-mail: isabelayurie@gmail.com
[4] Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 000-0002-3444-983X. E-mail: isadorabbrito@gmail.com
[5] Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-0529-3140. E-mail: julia.schwingel@yahoo.com.br

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge fruto de um longo processo histórico (LOBATO; GIOVANELLA, 2012) em um contexto de retomada democrática e, por isso, é totalmente atrelado ao conceito de saúde como direito de todos indivíduos. Durante o século XX, a saúde pública no Brasil passou a ter um foco maior por parte dos governos, mas sua abordagem foi através de campanhas com caráter autoritário, que obrigavam os habitantes a implementarem ações sanitárias, sem qualquer espécie de preocupação em levar conhecimento e orientação.

Além disso, os direitos civis e sociais foram por muito tempo associados à posição dos indivíduos no mercado de trabalho. A junção dessas abordagens citadas fazia com que vários grupos sociais se opusessem com frequência, levando inclusive a levantes populares, como a Revolta da Vacina (PAIM *et al*., 2011) e atravancava o desenvolvimento brasileiro, limitando o acesso à saúde.

Destarte, a garantia de saúde na Constituição de 1988 e a posterior criação do SUS em 1990 coroam o início de um período de ampliação dos direitos (PAIM *et al*., 2011). A saúde passa a ser vista como fundamental e irrestrita a condições financeiras ou sociais, um direito fundamental do ser humano e ao Estado cabe agora a obrigação de concretizar o seu pleno exercício.

Assim que as leis orgânicas da saúde (LOS) foram sancionadas em 1990, surgiram parâmetros imprescindíveis para a formação do SUS. Além da própria mudança no conceito de saúde, as duas leis trouxeram regulamentação de serviços, promoção e organização do sistema. A primeira a ser promulgada foi a lei 8080 (BRASIL,1990), a qual expôs acerca da criação e fiscalização de políticas econômicas e sociais, com enfoque na saúde preventiva, afirmando que todas as ações de saúde do país passariam a ser regulamentadas por ela, até mesmo as de iniciativa privada. Tal medida também frisou os objetivos e atribuições do SUS, junto com os princípios e diretrizes, iniciando o direcionamento dos recursos econômicos, como seriam geridos e sua origem. A lei 8142 (BRASIL,1990), por sua vez, regulamentou o repasse automático e regular de recursos financeiros para as esferas citadas na lei anterior e ainda dispôs sobre a participação da comunidade na gestão.

Dessa forma, a LOS discorre acerca do financiamento do SUS. O orçamento provém da seguridade social e é destinado de acordo com a proposta elaborada pela sua direção nacional, incluindo a participação de órgãos da Previdência Social e da Assistência Social. A administração desses recursos é distribuída entre as três esferas do governo e, na federal, ela fica a cargo do Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde. Já a distribuição de valores entre estados e municípios, incluindo o Distrito Federal, seguirá uma proporção através análise de critérios, sejam relacionados ao perfil demográfico e epidemiológico da região, sejam pelos níveis de participação do setor saúde nos orçamentos e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (BRASIL, 1990).

Apesar de a LOS ter trazido importantes avanços, ainda existiam lacunas em como elas seriam aplicadas no país. Por isso, surgiram emendas e portarias que reconheceram essas dificuldades e complementaram os regulamentos anteriores. Uma que se destaca é a Emenda Constitucional número 29 (EC-29/2000), que determinou a porcentagem mínima de investimento econômico dos estados e municípios nas transferências constitucionais, as quais passaram a ser de 12% para os estados e 15 % para os municípios. Outro marco é o Pacto da Saúde, de 2006, que engloba o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A partir desse pacto, a distribuição de recursos federais começou a ser direcionada para cinco grandes blocos (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS), separando em grupos com especificidades para o repasse econômico (MENDES; MARQUES, 2014).

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional n° 95, consolidando um novo regime fiscal. Ela foi apoiada na Emenda Constitucional n° 86, do ano anterior, e seu principal objetivo estava no congelamento dos gastos da União até 2036, definindo um teto para a despesa federal e a correção do piso constitucional para a saúde apenas pela inflação a partir de 2018 (PAIVA *et al*., 2017). Tal medida, na prática, tende a diminuir a participação do Governo Federal no financiamento do SUS e aumentar a pressão pela redução da despesa pública (FUNCIA, 2019), dificultando o crescimento do gasto federal em saúde.

A última atualização foi feita por meio da portaria n° 2979, de 2019, na qual foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse plano, o repasse de recursos é proporcional ao número de usuários cadastrados na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). A finalidade dessa mudança era incentivar as ações estratégicas na APS ao pagar por desempenho das equipes, gerando maior equidade na divisão de valores, para que esses cheguem às populações mais vulneráveis (BRASIL, 2019). Ainda não há muitas reflexões e comentários acerca de sua repercussão devido ao pouco tempo de vigência e ao período especial que foi concedida.

Diante do exposto, a presente revisão tem como objetivo promover a reflexão acerca da Saúde Pública brasileira, com enfoque no financiamento do SUS. Essa discussão se concretiza através da comparação entre leis e emendas de estruturação da gestão do sistema ao longo das últimas décadas e seus resultados práticos, tanto positivos quanto negativos de forma a entender se as falhas dentro da temática têm origem na insuficiência de recursos, na administração deficitária ou em ambos os pontos.

MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão de literatura com abordagem integrativa que investiga os efeitos do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com base em produções científicas publicadas em diversas bases de dados. A opção pela revisão integrativa decorre da sua capacidade de permitir a mais ampla

abordagem metodológica referente às revisões, o que possibilita a compreensão completa do fenômeno avaliado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa possui seis fases para o seu processo de composição: a primeira e mais importante é a elaboração da pergunta norteadora, é ela quem determina os estudos que serão incluídos, os meios para a identificação e as informações coletadas para o artigo; Na segunda fase são realizadas as buscas na literatura disponível e definidos os critérios de inclusão e exclusão; Depois, na terceira etapa, são coletados os dados por meio da utilização de um instrumento previamente definido; E posteriormente, na quarta, é realizada uma análise crítica dos estudos incluídos; Por fim, na quinta fase são discutidos os resultados, por meio da interpretação, síntese e comparação dos dados colhidos; Para que na última ocorra a apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para formular essa revisão foi elaborada a seguinte questão norteadora: “As dificuldades relacionadas ao financiamento do SUS decorrem de problemas em sua gestão ou da falta de recursos aplicados?”

O parâmetro de elegibilidade dos artigos foi pautado com base na temática do financiamento e gestão do sistema público de saúde e no caráter argumentativo dos autores. Os critérios para inclusão foram artigos publicados na íntegra, em português, no período de 2008 a 2020, e indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Liberary Online (Scielo). Foram excluídos periódicos que não condiziam com a problemática da revisão ou a discutiam de maneira superficial, artigos presentes em outras bases de dados e que estavam fora do período e idioma definido.

Como estratégia de busca foram utilizados os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) nas bases anteriormente mencionadas. A pesquisa ocorreu no período de abril a maio de 2021 com os seguintes termos chaves: “Financiamento”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Organização e Administração”, “Atenção Primária a Saúde” e “Gestão”. Para a procura dos estudos foram realizadas combinações entre os descritores utilizando o operador boleano “AND’’.

Os artigos foram escolhidos seguindo a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Inicialmente, após a busca nas bases de dados, foi feita a leitura dos títulos e resumos dos periódicos disponíveis e separados aqueles que eram relevantes para o assunto. Em seguida, eles foram lidos de maneira completa pelos autores e selecionados para integrar ou não essa revisão.

A partir disso, foram eleitos 20 materiais para compor esse estudo. Sendo 13 artigos e 3 livros encontrados durante a seleção nas bases de dados, os quais 5 estavam presentes na base de dados BVS, 6 na Scielo e 5 em ambas as plataformas de pesquisa. Além disso, para permitir uma maior capacidade argumentativa, ocorreu a utilização de 4 normativas, sendo duas leis, uma portaria e uma emenda.

Esses estudos, posteriormente, passaram por uma análise e suas informações foram categorizadas manualmente pelos autores de acordo com as variáveis consideradas relevantes, sendo elas: título, nome

dos autores, ano de publicação, tipo de estudo e objetivo. Não houve a utilização de programas digitais para a análise dos periódicos.

Como a finalidade do presente artigo – revisão bibliográfica - consiste no estudo e interpretação de dados de domínio público, o trabalho não passou por apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CONEP), todavia preservou o rigor das normas estabelecidas em seu protocolo inicial.

Por fim, foram interpretados os resultados obtidos na análise e selecionadas as informações para compor a amostra final dessa revisão.

RESULTADOS

Com base nos 16 trabalhos científicos encontrados e nas 4 normativas relacionadas ao tema, notou-se que o assunto é frequentemente atualizado e discutido. Foram utilizadas duas leis, a lei 8080 e a lei 8142, para demonstrar os primeiros parâmetros descritos para o financiamento do SUS, em seguida foram utilizadas uma emenda e uma portaria, para comprovar como algumas dessas regras foram se adaptando para se adequar a realidade financeira vivida, além de se aprofundarem mais.

Os artigos consultados, apesar de aparecerem em grande número na busca, muitos se tornam desatualizados, ou distantes do tema, como por exemplo, foram classificados como não relevantes os que o problema comentado já havia sido solucionado, ou não tinham análises aprofundadas sobre ele. Foram mencionados artigos e livros que explicam como se dá o financiamento no Sistema Único de Saúde, desde sua origem, até os dias atuais, citando as principais alterações na destinação de verbas, e de como seriam geridas, exemplificando com dados o processo que se deu após a implementação de cada uma. De maneira geral, todos os recursos consultados foram citados na tabela a seguir, com seus objetivos e autores em destaque.

Quadro 1 – Descrição da bibliografia utilizada na revisão integrativa - por título e autor; nome do periódico e ano de publicação; tipo de estudo; objetivos do estudo.

(continua)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
I	A Gestão Administrativa e Financeira no SUS; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	- 2011	Livro	Melhorar a gestão administrativa e financeira do SUS e seu desempenho na garantia do acesso da população às políticas públicas de saúde, cumprindo todas as exigências da legislação vigente.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
II	Emenda Constitucional n. 29	- 2000	Emenda Constitucional	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
III	Lei nº 8.080	- 1990	Lei Orgânica da Saúde	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
IV	Lei nº 8.142	- 1990	Lei Orgânica da Saúde	Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
V	Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE	- 2015	Livro	Ampliar do uso de estratégias de Economia da Saúde para apoiar a gestão do SUS por meio da produção e da disseminação do conhecimento sobre temas relacionados.
VI	Portaria nº 2.979	- 2019	Portaria	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS**).**
VII	Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos; FUNCIA, F.R.	Ciência e Saúde Coletiva; 2019	Pesquisa documental e uso de fontes secundárias	Identificar novas fontes de receitas para a alocação adicional de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população fixadas nas despesas do orçamento federal, no contexto do processo de subfinanciamento do SUS e dos efeitos negativos da Emenda Constitucional 95/2016 para esse processo.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
VIII	Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro; LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M.	Ciência & Saúde Coletiva; 2012	Pesquisa qualitativa e quantitativa	Examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da saúde.
IX	Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida; LIMA, L. D.	Trabalho, Educação e Saúde online; 2008	Revisão bibliográfica e pesquisa empírica.	Abordar as repercussões do federalismo fiscal no financiamento descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1990 até o início dos anos 2000.
X	Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica; LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L.	Editora Fiocruz; 2012	livro	Dar uma visão geral dos componentes e da dinâmica dos sistemas de saúde na atualidade.
XI	Health management in Brazil: dialogue with public and private managers; LORENZETTI, J. *et al.*	Texto & Contexto – Enfermagem; 2014	Pesquisa qualitativa	Identificar os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores escolhidos intencionalmente.
XII	Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde; MENDES, Á; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S.	Saúde em Debate; 2018	Ensaio	Discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências e de uma visão limitada do conceito de Atenção Básica.
XIII	O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde; MENDES, Á; MARQUES, R. M.	Saúde em Debate; 2014	Ensaio	Analisar o financiamento do nível da Atenção Básica à saúde, com ênfase na expansão dos recursos alocados para a Estratégia Saúde da Família.

(continuação)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
XIV	Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento?; OCKÉ-REIS, C. O.	Trabalho, Educação e Saúde; 2008	Revisão bibliográfica	Defender que boa parte dos problemas de gestão do SUS é decorrente da crise crônica de financiamento do SUS.
XV	O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios; PAIM, J.S. *et al.*	The Lancet; 2011	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Examinar o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde.
XVI	Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos; PAIM, J. S.	Ciência & Saúde Coletiva; 2018	Artigo de opinião	Dialogar com alguns estudos e perguntas acerca do SUS ao completar 30 anos.
XVII	Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro; PAIVA, A. B. *et al.*	Novos estudos CEBRAP; 2017	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Localizar e analisar as propostas recentes de alteração dos mecanismos de repasse dos recursos da União para os estados e municípios.
XVIII	O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões; RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B.	Saúde e Sociedade; 2013	Pesquisa qualitativa e quantitativa, do tipo triangulação de métodos	Apresentar algumas reflexões sobre a Emenda Constitucional nº 29 à luz do protagonismo dos gestores locais de saúde, em relação à contrapartida de recursos para o financiamento do setor.

(conclusão)

Numeração	Título e autor	Nome do periódico e ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
XIX	Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma; SOARES, Adilson; SANTOS, N. R.	Saúde em Debate; 2014	Pesquisa exploratória	Comparar os compromissos assumidos com o SUS nas gestões dos presidentes FHC, Lula e Dilma.
XX	Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde; VAZQUEZ, D. A.	Cadernos de Saúde Pública; 2011	Revisão bibliográfica	Analisar os impactos dos mecanismos de regulação federal (vinculação de receitas e transferências condicionadas) sobre o financiamento em saúde.

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

Em setembro de 2010, foi realizada uma pesquisa nos oito maiores estados brasileiros quanto às problemáticas e desafios no país. Em primeiro lugar, a saúde (32,8%) foi apontada como o principal problema, seguido da segurança (23,2%) e da educação (10%). Embora essa pesquisa não tenha analisado tecnicamente a eficiência dos serviços de saúde, retratam a percepção e a insatisfação da população, sendo um importante indicador para que haja melhorias nas políticas e práticas de saúde (LORENZETTI *et. al*, 2014).

A administração/ gestão em saúde é a organização responsável por elaborar e executar políticas públicas, tomar decisões e fazer com que sejam cumpridas, abrangendo as três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Compreende o conjunto de meios, humanos e materiais que o governo dispõe para poder aplicar suas políticas. Além do conjunto de ações a serem cumpridas por programas e políticas. Bem como a ciência da Administração Pública, que corresponde ao estudo e análise das condições de modo que os órgãos administrativos possam atuar de forma mais eficaz e assertiva (BRASIL, 2011).

É perceptível que o SUS é uma grande conquista da luta democrática no Brasil, entretanto há diversos desafios que evidenciam a não consolidação desse sistema, do contrário, o SUS asseguraria a atenção de saúde integral para todos. Como principais fragilidades administrativas do sistema destacam-se o despreparo e a alta rotatividade dos gestores, muitas vezes condicionadas a processos partidários e eleitorais, implicando na descontinuidade dos processos. Ademais, a lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação

e gestão e as barreiras de legislação impedem um melhor atendimento à população (LORENZETTI *et. al*, 2014).

A implementação do SUS no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 foi influenciada, desde o início, pelo subfinanciamento crônico. Sendo que o mesmo consiste na alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir os princípios norteadores de universalidade, integralidade e equidade, quanto para se equiparar aos padrões de gastos de outros países com sistemas similares (FUNCIA, 2019).

Nesse sentido, o perfil adotado de gastos em saúde no Brasil não conseguiu atender às expectativas da reforma sanitária dos anos 1980 (SOARES; SANTOS, 2014). O gasto público total adotado, de 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), é insuficiente para um sistema instituído nesses padrões. Em comparação com outros países que possuem um sistema de saúde semelhante, estima-se que o gasto com saúde no Brasil deveria ser de pelo menos 6% do PIB para atingir um padrão similar ao adotado internacionalmente (BRASIL, 2015).

O SUS enfrenta grandes dificuldades desde o início da sua implementação, tendo em vista o predomínio da doutrina neoliberalista nesse período, com as limitações do *Welfare State* nos países europeus e a crise econômica de 2008. Além disso, esse sistema sofre com uma grande oposição midiática e com interesses econômicos ligados a operadoras de planos de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (PAIM, 2018).

Nunca houve, portanto, um apoio maciço e de classe por esse sistema diante das vigências do modelo econômico atual, da dependência brasileira em relação a países desenvolvidos e do compromisso do governo em fazer o superávit primário para o pagamento da dívida pública. Em razão disso, o orçamento destinado à área de saúde sempre foi condicionado negativamente (FUNCIA, 2019; SOARES; SANTOS, 2014).

O subfinanciamento crônico do SUS é apontado como um dos maiores desafios para sua consolidação. Algumas medidas já foram adotadas para tentar superá-lo, como por exemplo a Emenda Constitucional 29 (EC-29/2000) e o movimento Saúde+10 (Projeto de Lei Complementar 321/2013), mas ambos não alteraram de maneira significativa a estrutura do gasto público (PAIM, 2018).

Para se ter uma ideia mais palpável do grau de subfinanciamento do SUS, observa-se que o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal estabelece que 30% dos recursos da Seguridade Social sejam destinados à saúde. Mesmo assim, o orçamento da Seguridade Social no ano de 2015 foi de 694,5 bilhões. Sendo assim, aproximadamente 208 bilhões deveriam ser destinados para essa área, no entanto, a dotação foi de apenas metade desse valor (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Outrossim, entre 1995 e 2015, o gasto do MS não foi alterado, mantendo-se em 1,7% do PIB, enquanto o gasto com juros da dívida representou 7,1%. Diante disso, é evidente a existência de um problema de financiamento do SUS que compromete o seu funcionamento e encaminha para o aniquilamento das suas tentativas de consolidação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Uma emenda que possui grande contribuição no processo de subfinanciamento do SUS é a Emenda Constitucional 86 (EC-86/2015), que introduziu efeitos negativos para o planejamento e execução financeira do Ministério da Saúde. Ela estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida como parte das despesas que são computadas para o piso federal (FUNCIA, 2019).

A gestão Federal de 2016/2018 deu continuidade a essa lógica de desmonte do SUS, com a introdução de um corte drástico dos gastos, que visa alcançar o equilíbrio fiscal. Isso foi feito, por meio da promulgação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que limitou a expansão dos gastos públicos pelos próximos vinte anos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018), constitucionalizando, portanto, o subfinanciamento crônico do SUS e solidificando as dificuldades acumuladas desde 1988 (PAIM, 2018). Com essa emenda, os recursos para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1% até 2036, o que levaria a um acúmulo de perdas superior a três orçamentos nesse período (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Em 2017, o primeiro ano de vigência plena da EC-95, as despesas totais pagas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelo MS foram de 107,6 bilhões, enquanto o piso para 2017 era de 109,1 bilhões, sendo esse valor inferior ainda ao piso de 2016 se levada em conta a inflação, ou seja, os valores totais pagos ficaram abaixo do piso de aplicação mínima. Essa situação leva a um cenário alarmante, em que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo de toda a implementação do SUS tende a intensificação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A aprovação da EC-95, bem como a crise econômica no Brasil acarreta na insuficiência de recursos para manter a rede de serviços do SUS, remunerar os trabalhadores e investir na ampliação da infraestrutura pública. Nesse contexto, as responsabilidades do Estado são transferidas para o setor privado, assim a compra de serviços privados se fortalece, bem como a ideologia de privatização, constitucionalizando o subfinanciamento crônico do SUS. (PAIM, 2018)

Levando em consideração a restrição do orçamento, o Estado se mostra incapaz de cobrir as necessidades da população. A melhor prática seria a valorização do dinheiro na execução dos serviços médico-hospitalares, ou seja, cortar os desperdícios, alocar os recursos adequadamente, incentivos contratuais, combate à corrupção (OCKE-REIS, 2008).

A EC-95 é uma forte expressão da consonância entre o Estado e a lógica do capitalismo contemporâneo, tendo em vista o fato de não estabelecer limites para os juros e outras despesas financeiras. A opção por esse tipo de política tem efeitos significativos sobre o bem-estar da população, provocando efeitos negativos nas condições sociais e na saúde. Um dos seus resultados mais evidentes e rápidos na área da saúde é o aumento da mortalidade infantil, taxa que seguia em queda por 26 anos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Ademais, nesse contexto de redução das despesas federais, cresce a pressão da alocação de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS (FUNCIA, 2019).

Dois terços das despesas do MS são repasses para estados, municípios e Distrito Federal, ou seja, os efeitos da EC-95 também são sentidos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em 2017 essas transferências foram de 67,9 bilhões, enquanto em 2016 elas eram de 66,7 bilhões, o que reflete um crescimento de 1,83%, valor menor do que o crescimento anual da inflação (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Os recursos federais respondem pela maior participação no gasto público com saúde, porém esse quadro vem sendo revertido com o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC-29 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Observa-se, portanto, uma tendência de queda na participação proporcional do governo federal nos gastos de saúde e uma transferência de responsabilidade para os estados e municípios (SOARES; SANTOS, 2014).

Em 1990, o governo federal era responsável por 74,4% do total do gasto com saúde, enquanto os estados participavam com 13,5% e os municípios 12,1%. Na criação da EC 29, no ano de 2000, a união passou a responder por 59,9% do total, ao passo que os estados correspondiam a 18,5% e os municípios a 21,7%. A partir dessa emenda, a participação do governo federal entrou em decréscimo e atingiu o valor de 43,2% em 2015, com um aumento significativo na participação dos estados e dos municípios, atingindo, respectivamente, os valores de 25,9% e 30,9% (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Atualmente, a população em geral e os gestores têm à disposição diversos meios com informações quanto à organização e o desenvolvimento das ações de saúde, a exemplo o Datasus, que contém os orçamentos públicos em saúde. Essas informações poderiam ser utilizadas como instrumento de gestão para a melhor alocação dos recursos financeiros e atendimento das reais necessidades da população. Contudo, as informações são utilizadas apenas para obter valores e percentuais relativos ao percentual mínimo de 15% preconizado pela EC-29. Assim, os gestores demonstram preocupação apenas em cumprir a legislação e não na resolutividade dos problemas de cada território (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

A obrigatoriedade do cumprimento da EC-29 implica no protagonismo do gestor, ou seja, a sua importância enquanto formulador, propositor e deliberador das estratégias políticas para o SUS. Dessa forma, fica a cargo dos gestores públicos aprimorarem as leis orçamentárias para que mais recursos sejam garantidos ao setor, visto que essa emenda garante apenas a aplicação de recursos mínimos para a saúde (RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Diante da descentralização, cria-se o entendimento de que o governo federal exerça menor papel na determinação das políticas de saúde e que esse papel estaria sendo preenchido pelos municípios. No entanto, mesmo após as transferências intergovernamentais, a união ainda é a maior detentora dos recursos, fato que tornou a descentralização política de saúde demasiadamente dependente das transferências federais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; FUNCIA, 2019).

Ainda que tenha ocorrido uma redução na participação da união no financiamento da saúde pública, esse processo não foi seguido pela diminuição de sua presença na determinação da política, em especial no

nível de atenção básica. Ademais, essa transferência de responsabilidade não foi acompanhada de investimento mais significativos na rede pública de serviço, sendo os limitados recursos voltados, na maioria das vezes, para a manutenção de equipamentos (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Os esforços dos municípios têm efeito reduzido devido a sua baixa arrecadação própria. A maioria deles apresenta um alto grau de dependência dos recursos da união. Uma avaliação dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes acerca de sua situação de financiamento do sistema demonstrou que 68% dos municípios do Nordeste recebem do SUS mais do que arrecadam com tributos, situação que se repete em 47% dos municípios da região Norte. O grau de dependência é menor no Sul e no Sudeste, onde os municípios participam com um volume maior de recursos próprios no financiamento (BRASIL, 2015).

Tal cenário aponta para a conclusão de que grande parte dos municípios brasileiros é altamente dependente dos recursos federativos. Segundo os dados, a receita tributária da maioria absoluta é insuficiente para cobrir os custos do sistema de saúde e das demandas da população. Portanto, dentro de um cenário de descentralização, a maioria dos municípios não é capaz de financiar seus sistemas de saúde sozinhos, situação que se agrava com as reduções nos repasses e com o subfinanciamento desse sistema (BRASIL, 2015).

A descentralização resultou na queda dos recursos federais e maior participação municipal no financiamento, entretanto não ocorreu uma redução da determinação política em nível federal. Além disso, não foi estabelecido funções e competências de gestão na área social, consequentemente não há uma participação social efetiva nem um controle público dos recursos. São necessárias medidas que aumentem a transparência e a equidade na utilização dos recursos (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Em grande parte dos municípios, as prefeituras elaboram o planejamento dos recursos. É por meio do plano de saúde que são elaboradas as metas dos próximos 4 anos subsequentes. Com base na perspectiva dos indicadores da esfera municipal, são estipuladas as despesas em saúde, os compromissos e iniciativas que serão empregadas. Assim, têm-se como intuito geral analisar as demandas que não foram atendidas anteriormente, ou que surgiram durante a última gestão, além de repetir as soluções que funcionaram, e colocá-las no plano de saúde atual (BRASIL, 2015)

Entretanto, o direcionamento desses recursos não condiz com a necessidade da população. Geralmente, a Proposta Orçamentária dos municípios está de acordo com o Plano de Saúde, mas esses documentos são basicamente repetições das ações dos anos anteriores, visto que não são feitos estudos nem pesquisas acerca da demanda da população e é inexistente a articulação com técnicos da saúde e com o Conselho Municipal de Saúde (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

As secretarias municipais de saúde, em geral, se apresentam apenas como prestadoras de serviços. Apesar de haver instrumentos de planejamento que possam auxiliá-las, esses não são suficientes, visto que apresentam simplesmente os objetivos e metas, focados apenas em cumprir as exigências legais. Devido à

falta de estrutura nas secretarias municipais, ações de saúde ficam concentradas nas secretarias de finanças das prefeituras (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

Outra problemática é quanto aos demonstrativos orçamentários financeiros, que são documentos para o Conselho acompanhar e fiscalizar. Há lentidão no repasse dessas informações e os próprios conselheiros são incapazes de interpretar esses dados, ademais, são constantes as substituições de conselheiros, o que dificulta um planejamento contínuo (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

No contexto de restrição fiscal, portanto, o modelo de descentralização implementado no sistema de saúde serviu mais ao plano de retração da União e de contenção de gastos do que para sua expansão, como antes preconizado por seus idealizadores (LIMA, 2008).

Como resultado do processo de descentralização do SUS novas regras e incentivos foram implementados no financiamento da saúde com o objetivo de ampliar os recursos, a fim de garantir a priorização da atenção básica e viabilizar uma descentralização concreta. Em razão disso, a autonomia dos governos estaduais e municipais passou a ser influenciada por essa política, com o intuito de obter a cooperação dessas esferas e estabelecer um padrão aos programas locais (VAZQUEZ, 2011).

Como exemplo, algumas estimativas de recursos adicionais para o SUS são possíveis: em primeiro lugar a aprovação do Projeto Saúde+10, levaria a aplicação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União, em 2018 isso resultaria na alocação de aproximadamente 36 bilhões de reais ao orçamento do SUS; como outra opção se com o processo de auditoria da dívida pública fosse possível reduzir 200 bilhões de reais, metade desse valor poderia retornar ao SUS quando o país voltasse a ter superávit primário; e por fim se a renúncia da receita federal fosse auditada, revisada e reduzida em 30%, haveriam 92 bilhões adicionais que poderiam ser alocados para o financiamento do SUS (FUNCIA, 2019).

Em resumo, as estimativas de recursos adicionais para o SUS apresentadas aumentariam o financiamento em saúde para cifras entre 300 e 365 bilhões de reais, o que levaria a 4,3% e 5,4% do PIB. Valor que não chegaria ao 7,9% do PIB recomendado pela Organização Mundial da Saúde para os sistemas de acesso universal à saúde, mas já elevaria os níveis de financiamento (FUNCIA, 2019). A União, portanto, deve também buscar novas fontes fixas e estáveis de arrecadação para o SUS, como a tributação de grandes fortunas e a auditoria da dívida pública (FUNCIA, 2019).

Diante disso, é possível inferir que há meios para buscar uma equação política que resulte em recursos adicionais para o financiamento do SUS a curto prazo sem necessidade de realização de uma reforma tributária e sem comprometer o equilíbrio das contas públicas. Um cenário que ainda contribuiria para estimular o crescimento econômico e social brasileiro (FUNCIA, 2019).

Mesmo frente às evidentes necessidades de maiores recursos para o financiamento do SUS, não existe contradição entre aqueles que defendem essa necessidade e aqueles que priorizam a gestão. Afinal, ambos são indispensáveis para o processo de consolidação do SUS, sendo possível afirmar que é necessária a maior alocação de recursos para permitir o aprimoramento da gestão e uma melhora no processo

administrativo para distribuir esses recursos de maneira adequada (FUNCIA, 2019; LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

CONCLUSÃO

A presente revisão identificou a carência no número de artigos que se aprofundam a respeito do financiamento do SUS. A literatura, apesar de abordar o assunto de forma clara e precisa, carece de modelos de gestão, discorrendo, consideravelmente, a respeito da administração do SUS por regiões. Com isso, os achados desta revisão mostram que as duas dificuldades abordadas, alocação de recursos e gestão, exercem forte influência negativa no financiamento do SUS.

O estudo verificou que o financiamento do SUS tem sido desafiador, pois, desde sua implementação, os recursos repassados são insuficientes para que esse sistema se consolide como universal. A União não foi e ainda não tem sido capaz de atender as demandas orçamentárias da saúde, caracterizando esse sistema como subfinanciado cronicamente. Esse cenário se agravou ainda mais com as emendas constitucionais, que promovem restrição financeira. Com isso, o SUS, que já era enfraquecido, em razão da insuficiência orçamentária, pode se tornar inoperante.

Além disso, o levantamento da literatura constatou que as problemáticas enfrentadas com o financiamento do SUS não estão relacionadas apenas com a falta de recursos, mas, também, com a sua administração. As dificuldades na gestão dos serviços de saúde também se remontam desde a implantação do SUS, em virtude da inexperiência dos gestores. No entanto, com o agravamento financeiro das emendas constitucionais, os gestores têm se preocupado ainda mais com a legislação, enquanto o funcionamento dos serviços de saúde é preterido.

Portanto, as pesquisas indicam uma co-dependência entre os repasses financeiros e a capacidade de gestão. O adequado fornecimento de recursos promove a qualificação e o aperfeiçoamento da gestão, enquanto a especialização da administração coordena as verbas de maneira mais eficaz. Contudo, para que isso se torne tangível, o estudo também indica a necessidade de uma fonte distinta de verba. Conclui-se que, a partir disso, novas e eficientes modalidades de gestão poderão ser elaboradas, juntamente com as demandas locais, o que aprimorará os serviços de saúde à população.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi desenvolvido na disciplina de Saúde Pública do curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) sob a orientação da docente Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 018055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, dez 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, ano 138, n. 178, p. 1-2, 14 de set. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011, 132 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS / Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília, DF, 2015, 116 p. (Série Ecos, Economia da Saúde para Gestão do SUS, Eixo 1, v. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, edição 220, p. 97, 13 nov. 2019.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA L. V. C. *et al.* (orgs) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89.

LORENZETTI, J. *et al.* Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 02, p. 417-425, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013. Acesso em: 25 maio 2021.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. especial, p. 224-243, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079. Acesso em: 30 abr. 2021.

OCKE-REIS, C.O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

PAIM, J. S. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.,** v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

PAIVA, A. B. *et al*. Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos estud. CEBRAP,** v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002017000200055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. **Saúde soc.**, v. 22, n. 4, p. 1014-1023, 2013. Disponívem em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2021.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134. Acesso em: 15 maio 2021

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 15/06/2021

ACEITO: 01/12/2021

ESTRUTURAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MATO GROSSO DO SUL

STRUCTURING THE STRATEGIC INFORMATION CENTER FOR HEALTH SURVEILLANCE IN A CITY IN MATO GROSSO DO SUL

Luciana Azevedo Fasciani Miziara[1], Vanessa Coelho de Aquino Benjoino Ferraz[2], Caroline Macksyr Curvo Cavalcanti[3], Clelia Adriana de Oliveira Leite[4], Alessandra Lyrio Barbosa Giroti[5], Margarete Knoch[6]

RESUMO

Introdução: A diversidade e complexidade dos perfis epidemiológicos têm demandado reorganização constante dos sistemas de saúde. No âmbito da vigilância em saúde implementaram-se inovações e estratégias visando controlar doenças e agravos. As emergências de saúde são foco de atenção, pela magnitude e potencial de danos à saúde e prejuízos socioeconômicos. Autoridades internacionais e nacionais buscam desenvolver estratégias de enfrentamento pautadas no Regulamento Sanitário Internacional, que propõe unidades-sentinelas e de resposta rápida e preconiza criarem-se unidades de inteligência epidemiológica de detecção, verificação, avaliação, monitoramento e comunicação imediata de risco de emergências de saúde pública, no Brasil denominados Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). **Objetivo:** Este relato de experiência apresenta a trajetória de estruturação do CIEVS na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, MS. **Apresentação da experiência profissional:** Análise de informações colhidas em documentos e em depoimentos dos técnicos que atuam no CIEVS Campo Grande. **Discussão:** Constatou-se que a Unidade de Resposta Rápida e o Serviço de Vigilância de Vírus Respiratórios desenvolveram muitas ações relativas a investigação epidemiológica, apoio técnico, capacitação e produção e análise de dados. O CIEVS funciona 24 horas, sete dias na semana, ininterruptamente. A estruturação do CIEVS de Campo Grande encontra-se em curso. **Considerações finais:** A análise da trajetória percorrida desde 2008 demonstra que os CIEVS são fundamentais na condução da política de vigilância em saúde em âmbito municipal, principalmente quanto às doenças de notificação compulsória e outras potenciais emergências de saúde pública.

Palavras-chave: Vigilância em saúde pública. Emergências. Monitoramento. Alerta. Saúde pública.

ABSTRACT

Background: The diversity and complexity of epidemiological scenarios have demanded constant reorganization of healthcare systems. In the setting of health surveillance, innovations and strategies have been implemented for disease and hazard control. Health emergencies are a crucial focus of attention, given their magnitude and potential for health damage and socioeconomic losses. International and national authorities seek to develop strategies based on the International Health Regulations, which propose setting up sentinel units and rapid-response units and recommend creating epidemiological-intelligence units for detection, verification, evaluation, monitoring, and immediate communication of public-health emergency risks, in Brazil termed Strategic Information Centers for Health Surveillance (CIEVS). **Objective:** This report describes the process of structuring a CIEVS at the Municipal Health Department of Campo Grande, MS, Brazil. **Description of the professional experience**: Information from documents and testimonials of technicians working at the Campo Grande CIEVS was analyzed. **Discussion:** The Rapid-Response Unit and the Respiratory Virus Surveillance Service were found to have developed a range of approaches related to epidemiological investigation, technical support, training, and data output and analysis. The Campo Grande CIEVS operates on a 24/7 basis year-round. The center's structuring is an ongoing process. **Conclusion:** Analysis of the center's trajectory since 2008 showed that CIEVS are crucial for materializing health surveillance policies at the municipal level, especially with regard to mandatorily notifiable diseases and other potential emergencies in public health.

Keywords: Public health surveillance. Emergencies. Monitoring. Alert. Public health.

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-3299-8242. E-mail: lucianafasciani@hotmail.com
[2] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-1758-4703. E-mail: enf.vanessa.aquino@gmail.com
[3] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-6189-6558. E-mail: carolcurvoc@gmail.com
[4] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-0637-9192. E-mail: caocampogde@gmail.com
[5] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-8335-2030. E-mail: lyrio_barbosa@yahoo.com.br
[6] Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-6026-8891. E-mail: margarete.knoch@gmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, o cenário epidemiológico apresenta ocorrência de múltipla carga de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, de violência e de transtornos mentais, com coexistência de diversos grupos de doenças, sendo a expressão de cada um desses grupos maior ou menor conforme os estratos populacionais considerados e a diversidade regional (CARMO, 2020).

Apesar dos avanços alcançados no controle das doenças transmissíveis com a utilização de vacinas, tratamento medicamentoso, medidas de controle de vetores e ações de promoção à saúde, essas enfermidades ainda impactam o perfil de morbimortalidade e geram elevados custos sociais.

Segundo Carmo (2020), a permanência de doenças infecciosas transmissíveis reflete desigualdades sociais e alterações nos padrões de transmissão e de circulação de pessoas, bens e mercadorias, que favorecem o aumento e a velocidade da disseminação das doenças e propiciam condições para o surgimento de epidemias e novas enfermidades, assim como o recrudescimento de antigas doenças.

No recorte temporal do século XXI, a humanidade enfrentou diversas situações decorrentes do surgimento de doenças, como os casos de síndrome respiratória aguda grave causada por um coronavírus, em 2002, na China; a pandemia produzida pelo vírus influenza A[H1N1]pdm09, em 2009; casos de influenza humana pelo vírus H5N1, em 2004; e as epidemias pelo vírus Ebola, em 2014 e 2016, em vários países da África ocidental (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008; CARMO, 2020). Nesse mesmo período, duas epidemias se alastravam no continente americano: a da febre do Chikungunya e a infecção pelo vírus Zika, com suas graves consequências. Em 2017, o recrudescimento da febre amarela silvestre e o ressurgimento do sarampo acarretaram mudanças no manejo destas doenças, que anteriormente estavam sob controle (CARMO, 2020).

Tais situações, segundo Carmo (2020), evidenciaram fragilidades no enfrentamento das doenças, denotando a necessidade de reorganização dos sistemas de vigilância em saúde e a estruturação de serviços preparados para as emergências de saúde pública. Várias iniciativas foram empreendidas pelo governo brasileiro visando constituir uma Rede Nacional de Enfrentamento das Emergências, como participação ativa na elaboração do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), formação de especialistas em epidemiologia de campo e a criação do Centro de Informações Estratégias em Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Este artigo é um relato de experiência com descrição do processo de criação e estruturação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) de Campo Grande, MS, a partir de informações obtidas em documentos como legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), bem como em relatórios dos plantões da Unidade de Resposta Rápida (URR) e depoimentos dos trabalhadores.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Nos últimos anos, a legislação internacional em saúde modificou-se significativamente. O RSI foi revisado e suscitou discussões pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus estados-membros quanto à necessidade de se criar uma rede de verificação e resposta em caso de emergência epidemiológica (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008; GOMES; GONZAGA E CASTRO, 2012).

Em 2000, a OMS e um grupo fundador de 60 instituições criou a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (*Global Outbreak Alert and Response Network*: GOARN). Trata-se de uma colaboração de instituições e redes no mundo todo que coordena equipes rápidas internacionais de apoio, ajudando os países a investigar e caracterizar eventos, avaliar riscos e fortalecer a resposta a surtos, além de apoiar a preparação nacional para surtos, desenvolvendo orientações e abordando lacunas científicas (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008; SOUZA, 2010).

Além do Centro de Operações Estratégicas em Saúde (*Strategic Health Operation Center*: SHOC), sediado na OMS em Genebra, há unidades em funcionamento em alguns países, como Estados Unidos, Canadá, México, Chile e Suécia. O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar seu centro de alerta e resposta (CARMO; PENA; OLIVEIRA, 2008).

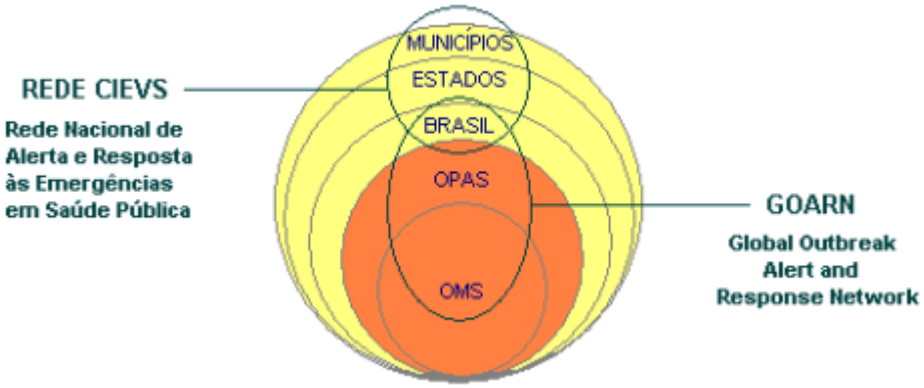
O RSI (ANVISA, 2009), é um instrumento jurídico internacional criado em 2005 que visa estabelecer medidas para ampliar as capacidades nacionais para detectar e responder aos riscos de disseminação ou propagação (no caso de eventos não infecciosos) de doenças entre os países. Utiliza o termo ‘emergência de saúde pública de importância internacional’, definido como evento extraordinário, por constituir risco de saúde pública para outro estado-membro por propagação internacional de doenças e por potencialmente requerer resposta internacional coordenada (ANVISA, 2009; FERREIRA; GONZAGA E CASTRO, 2012).

O Ponto Focal Nacional para o RSI, outra novidade do regulamento de 2005, é constituído por um centro nacional do estado-membro (BRASIL, 2005). Cada estado-membro deve estabelecer um Ponto Focal Nacional para o RSI e designar as autoridades responsáveis pela aplicação das medidas de saúde previstas nesse regulamento. Localmente, o Ponto Focal Nacional recebe o nome de Unidade Nacional de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde (AMR), devendo estar acessível ininterruptamente para comunicar-se com outros pontos de contato da OMS. Desse modo, os governos são incentivados a designar pontos focais nacionais para também facilitar a coordenação, a partilha de informação e o planejamento conjunto em nível nacional (BRASIL, 2016).

O Brasil teve papel de destaque na revisão do RSI e incorporou as novas recomendações, como a criação de uma unidade operacional para atuar como Ponto Focal Nacional. Na ocasião, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, representada pelo coordenador-geral responsável pela gestão do CIEVS-SVS foi designado para representar a secretaria junto à OMS (BRASIL, 2006a).

A **Figura 1** ilustra a inserção do Brasil no sistema de vigilância e resposta a emergências de saúde pública em âmbito internacional e a Rede CIEVS com abrangência nacional.

Figura 1 - Estrutura de vigilância e resposta a emergências de saúde pública em âmbito internacional e nacional.



Fonte: Adaptado de Dimech (2009).

REDE CIEVS NO BRASIL

O CIEVS-SVS foi instituído em 2005, com a finalidade de fomentar a captação de notificações e a mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, assim como congregar mecanismos de comunicação avançados (BRASIL, 2005; 2006b; CARMO *et al*., 2019).

Em continuidade, propôs-se no Brasil a criação da Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, posteriormente denominada Rede CIEVS, dotada de capacidade técnica e infraestrutura capaz de responder oportunamente a essas emergências, em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana (BRASIL, 2005, 2016). A partir de 2005, a Rede CIEVS foi expandida, visando a implantação de um CIEVS estadual em cada um dos 27 entes federados, como também nas capitais.

Vemos então que o CIEVS nacional foi criado a fim de atender ao atual cenário epidemiológico, como também aos ditames do RSI. Consequentemente, esse processo também foi sendo incorporado à regulamentação e aos contornos político-administrativos do SUS.

Na análise da legislação pertinente à vigilância em saúde, verificou-se que as emergências de saúde pública foram contempladas na portaria 3252/2009, com referência à representação da SVS-MS como Ponto Focal Nacional da OMS e ao enfrentamento das emergências de saúde pública nas diferentes esferas de gestão por meio de uma rede integrada de unidades de alerta e resposta: a Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Rede CIEVS), composta por centros com estrutura técnico-operacional voltada à detecção de emergências de saúde pública e avaliação contínua de problemas de saúde que possam

constituir emergências de saúde pública, bem como gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência (BRASIL, 2009).

A portaria 1378/2013 (BRASIL, 2013), que revogou a portaria 3252/2009, destaca que as ações de vigilância em saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados à detecção oportuna e à adoção de medidas adequadas para resposta às emergências de saúde pública. Complementa que cada nível de governo deve, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, coordenar a preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, com a cooperação de estados, Distrito Federal e municípios.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), publicada em 2018 (BRASIL, 2018), traz o termo 'emergência em saúde pública', como situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Explicita que cada nível de governo (federal, estadual e municipal) tem a competência de detectar, monitorar e responder às emergências em saúde pública, observando o RSI, e promover estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde. Aponta também que a organização do processo de trabalho deve promover respostas, de forma oportuna e proporcional, às emergências em saúde pública, com o estabelecimento de plano de resposta a ser elaborado por cada esfera de gestão, considerando as vulnerabilidades de seu território e os cenários de risco. Explicita também que a resposta à emergência de saúde pública requer atuação coordenada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais envolvidas, articulando e organizando os esforços para a minimização de seus efeitos.

Observa-se que a estruturação da Rede CIEVS constitui-se também em estratégia de gestão compartilhada entre as três esferas do SUS para aumentar a capacidade global do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

A Rede CIEVS é atualmente composta de 130 unidades, incluindo a nacional, 27 CIEVS estaduais, 26 de municípios de capital, 13 de municípios de fronteira, 26 de municípios com mais de 500 mil habitantes, dois de municípios especiais (Chapecó e Santos, como unidades-piloto para projeção de ampliação das ações em municípios com grande exportação de produtos alimentícios industrializados e referências regionais), um CIEVS regional (Amazônia) e 34 em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2021).

CRIAÇÃO DO CIEVS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE

O município de Campo Grande ocupa 2,26% da área de Mato Grosso do Sul e tem 885.711 habitantes (estimativa de 2019 do IBGE), distribuídos em 8.096 km^2. É polo da Macrorregião de Saúde de Campo Grande, que engloba 34 municípios, perfazendo uma população de 1.502.351 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

Para fins de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, o território campo-grandense é dividido em sete distritos sanitários: Região Prosa, Região Segredo, Região Anhanduizinho, Região Imbirussu, Região Bandeira, Região Lagoa e Região Centro.

A Rede Municipal de Saúde de Campo Grande tem 72 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo 58 Unidades de Saúde da Família (USF), 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Policlínicas Odontológicas, duas Unidades Móveis de Atendimento Odontológico e uma Unidade Móvel de Prevenção em Saúde Bucal. Quanto aos serviços que funcionam 24 horas, o município conta com 10 que dispõem de pronto atendimento 24 horas, seis dos quais são Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e quatro Centros Regionais de Saúde (CRS) (CAMPO GRANDE, 2021). A Rede Hospitalar é composta de um hospital público federal EBSERH, um hospital militar, um hospital público estadual e 10 filantrópicos e/ou privados (CAMPO GRANDE, 2021).

Devido à necessidade de estabelecer em nível municipal mecanismos visando atendimento de prontidão em casos de relevante interesse à saúde e obtenção de respostas rápidas frente às emergências epidemiológicas, bem como atender à normativa que obriga os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos de saúde a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória em até 24 horas, foi criada em 2008 a URR na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2008).

As competências estabelecidas para essa unidade foram (I) criar, divulgar e manter meio de comunicação permanente e eficiente (telefone, fax e *e-mail*), para recebimento das notificações de emergência em saúde pública 24 horas por dia, todos os dias, provenientes do município; (II) notificar à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e à SVS do Ministério da Saúde todas as emergências de saúde pública de relevância nacional; (III) realizar investigações epidemiológicas dos agravos emergentes, reemergentes e surtos, estimando o risco de expansão destes eventos; (IV) verificar em até 24 horas a veracidade e relevância das notificações recebidas, pelos diversos meios de monitoração, junto às unidades de saúde do município ou local de ocorrência da emergência em saúde pública; (V) acompanhar junto às áreas específicas, até o encerramento da investigação, o processo de verificação de ocorrência do evento notificado; (VI) manter equipe capacitada, incluindo plantões presenciais ou a distância, para atender às demandas; (VII) manter equipamentos e insumos mínimos necessários à operacionalização da atividade técnica; (VIII) manter meio de comunicação permanente com a Unidade de Resposta Rápida da Secretaria de Estado de Saúde e com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS); (IX) solicitar apoio da esfera estadual e federal prontamente, quando necessário; e (X) executar outras atividades designadas pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CAMPO GRANDE, 2008).

Para tanto, houve necessidade de compor uma equipe de profissionais técnicos e administrativos para o desenvolvimento das atividades e um quadro de plantonistas para cobertura em todos os dias e horários.

A pandemia de influenza de H1N1, em 2009, impôs inúmeras demandas e ritmo intenso de trabalho. Por conta disso, a Vigilância dos Vírus Respiratórios foi também uma atividade primordial desenvolvida pela URR da SESAU.

O CIEVS de Campo Grande traz em sua história o lastro do trabalho da URR e da Vigilância Sentinela da Influenza, composta por Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Vigilância de Síndrome Gripal (SG). Em 2018, a URR passou a denominar-se CIEVS/URR e a subordinar-se diretamente à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica (CAMPO GRANDE, 2018), integrando a rede de alerta e respostas às emergências em saúde pública.

O levantamento realizado a partir dos relatórios dos plantões do CIEVS/URR de 2019 e 2020 apresenta as doenças e agravos que demandavam resposta e ações da equipe. O Quadro 1 lista os casos suspeitos e confirmados de doenças e agravos que foram reportadas à equipe de plantonistas.

Quadro 1 - Doenças e agravos atendidos pelo serviço do CIEVS/URR (Campo Grande, MS) em 2019.

Acidente de trabalho com exposição a material biológico
Acidentes de trabalho grave
Acidente por animal peçonhento
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
Cólera
Coqueluche
Dengue grave, em gestante e óbito
Surtos de diarreia
Difteria
Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
Doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)
Evento adverso pós-vacinal grave
Exposição a animal com risco de transmissão da raiva
Febre de Chikungunya
Febre maculosa
Hepatite B
Influenza
Intoxicação exógena
Leishmaniose tegumentar e visceral
Leptospirose
Malária
Meningite
SRAG
Tuberculose
Varicela
Violência interpessoal e autoprovocada

Fonte: Dados obtidos dos Relatórios de Plantões do CIEVS/URR de 2019 e 2020.

No cotidiano do trabalho, os profissionais dos serviços assistenciais fazem contato com o CIEVS/URR, relatam o caso e solicitam orientação e/ou conduta. A equipe de plantonistas analisa cada caso ou situação

e propõe encaminhamento segundo protocolos assistenciais e administrativos, abrangendo amplo espectro de possibilidades (Quadro 2).

Quadro 2 - Atividades realizadas pelo CIEVS/URR (Campo Grande, MS) em 2019

Colheita de material para exame
Comunicação com área técnica
Comunicação com CIEVS estadual
Comunicação com Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos hospitais
Comunicação com Serviço de Verificação de Óbitos
Condutas em situações de óbito com causa a esclarecer
Digitação de solicitação de exames e agendamento
Gerenciamento de entrega de insumos para exame laboratorial
Informações sobre pacientes em casos de transferência de unidade de atendimento
Investigação de surtos
Investigação epidemiológica
Orientações sobre saúde do viajante
Orientação sobre busca ativa
Orientação sobre esquemas de vacinação e bloqueio vacinal
Orientações sobre indicação de exames e interpretação de resultados
Orientações sobre locais de dispensação de medicamentos (exemplos: influenza, tuberculose e leishmaniose)
Orientações sobre protocolos assistenciais de profilaxia antirrábica, acidente com material biológico, quimioprofilaxia da meningite, profilaxia pós-exposição a HIV e IST, leishmaniose, síndrome respiratória aguda grave, sífilis congênita, tuberculose, investigação de Zika e sarampo
Transporte de amostra de material biológico
Visita técnica

Fonte: Dados obtidos dos Relatórios de Plantões do CIEVS/URR.

A análise das atividades aponta que o CIEVS/URR desenvolve ações de vigilância epidemiológica passiva e ativa com foco na identificação contínua e sistemática das emergências epidemiológicas, visando aperfeiçoar os mecanismos de triagem e de verificação oportuna e ampliação da capacidade de resposta. É oferecido apoio técnico com fundamentação assistencial, epidemiológica e laboratorial. Constitui também importante elo de comunicação intra e interinstitucional.

O perfil de demandas atendidas por telefone e *e-mail* pelo CIEVS São Paulo, segundo relatório (SÃO PAULO, 2019), tem predomínio de doenças infecciosas de transmissão respiratória, como sarampo e meningite, denotando que cada CIEVS deve adequar seu processo de trabalho à realidade epidemiológica local.

No contexto brasileiro, merece destaque a estratégia de atuação do CIEVS Pernambuco frente a um evento inusitado de magnitude e emergência em saúde pública de síndrome congênita associada a infecção por Zika (SCZ) em 2015 e 2016. Seu desempenho foi fundamental na detecção de casos, no monitoramento e resposta a esse evento e na elaboração de protocolos e instrumentos. Além disso, foi responsável pelo

painel de monitoramento, com o objetivo de obterem-se informações de forma rápida e sistemática (LIMA *et al*., 2018).

Em 2020, com o surgimento da pandemia de covid-19, a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, e posteriormente internacional, definitivamente expôs a importância da atuação do CIEVS Campo Grande. O histórico das ações de Vigilância Epidemiológica da SRAG, articuladas com a investigação epidemiológica de suspeitos de síndrome gripal nos serviços assistenciais da rede de atenção básica, pronto atendimento, hospitais e Laboratório de Saúde Pública (LACEN-MS), evidenciaram o engajamento e protagonismo do CIEVS Campo Grande.

No início da pandemia de covid-19, em março de 2020, o CIEVS/URR foi o primeiro setor da SESAU a ser acionado para investigação dos casos de síndrome gripal e suspeitos de covid-19; procedeu ao acompanhamento e monitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados dessa síndrome; atuou na estruturação e supervisão do funcionamento das centrais de coleta de secreção nasofaríngea (*drive-thru*); e colaborou na organização do fluxo de informações e dos pacientes da rede. Também orientou as instituições de longa permanência e de reabilitação, assim como clínicas de terapia renal, quanto aos protocolos de testagem e rastreamento. Desde o início da pandemia, realiza a gestão do sistema de informação de vigilância e-SUS Notifica, quanto a liberação de acesso, avaliação contínua, monitoramento da qualidade dos dados e encerramento oportuno, e no SIVEP-Gripe providencia a digitação das fichas de notificação, atualização, avaliação e encerramento dos casos conforme evolução. Visando a produção de dados de confiabilidade, faz revisão em diversas bases de dados, como e-SUS Notifica, Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, Sistema de Informação de Mortalidade, Prontuário do Cidadão e Monitora Covid, que é especifica de vacinação de covid-19. Presta apoio técnico a distância (telefone, *e-mail*) e *in loco* a todos os profissionais que atuam na rede assistencial da SESAU e unidades hospitalares. Coordena a liberação de material para coleta de amostra de secreção nasofaríngea (*swab*) nas unidades da rede própria. Realiza a gestão da informação relativa a SRAG com os hospitais, serviços de atendimento das emergências e regulação e Secretaria de Estado da Saúde. Desde março de 2020, é responsável pela publicação diária do boletim epidemiológico da covid-19. Orienta e apoia a investigação de surtos e também capacita profissionais, emite pareceres técnicos e elabora notas técnicas, informativos, alertas, captura de rumores e comunicações de risco.

Observa-se com o surgimento da covid-19 um aumento significativo do volume de atividades e, a fim de assegurar a veracidade das informações, implantou-se o c*hecklist* de óbito e procede-se a sucessivas revisões da condição de evolução dos pacientes quanto à definição de caso e aos critérios de encerramento, município de residência e conferência com dados da Coordenadoria de Estatísticas Vitais (CEVITAL). Em 2020 e até a semana epidemiológica 33 de 2021, somaram-se cerca de 13.979 notificações de SRAG por covid-19, perfazendo 4.784 óbitos por covid-19 que foram revisados e encerrados pela equipe técnica.

Nesse sentido, a partir das atividades desenvolvidas e com a gestão dos sistemas de informação do SIVEP-Gripe e e-SUS Notifica, o CIEVS assume papel relevante na análise e tomada de decisões quanto às medidas de enfrentamento no contexto da pandemia de covid-19.

Em outubro de 2020, o Ministério da Saúde lançou a Rede Vigiar-SUS, cujo objetivo é fortalecer, ampliar e modernizar a vigilância em saúde do país por meio de ações estratégicas para resposta à covid-19 e implementar políticas públicas que apoiem a resposta às emergências em saúde pública que possam surgir. O projeto Rede Vigiar-SUS estabelece ações para apoiar o fortalecimento e ampliação dos CIEVS com investimentos financeiros para custeio e aquisição de equipamentos de alto desempenho para modernização e atualização das salas e atividades essenciais de detecção, verificação, avaliação, monitoramento e resposta a potenciais emergências em saúde pública. Contribui na formação de recursos humanos, com apoiadores para fortalecimento e ampliação da resposta a covid-19, na estratégia de comunicação ativa entre os membros da Rede CIEVS e Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) e no estabelecimento de programa de formação para preparação, vigilância e resposta às emergências em saúde pública, que tem como base o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS), e nas formações fundamentais dos profissionais envolvidos na vigilância de emergências (BRASIL, 2021).

O repasse dos recursos, formalizado na portaria 2624/2020, destaca as ações do CIEVS na vigilância, alerta e resposta à emergência da covid-19, como (*a*) monitoramento de eventos que possam aumentar a magnitude da emergência em saúde pública pela covid-19, em nível local, regional, nacional ou internacional; (*b*) análise da situação de saúde, como mecanismo central da gestão das emergências em saúde pública relacionadas à covid-19; (*c*) coleta, consolidação, análise e disseminação de informações para caracterizar e definir o perfil e dinâmica da covid-19 no âmbito de seu território; (*d*) articulação entre os diferentes órgãos e instituições envolvidos na resposta à emergência da covid-19; e (*e*) apoio à resposta à emergência em saúde pública por covid-19 (BRASIL, 2020).

Em dezembro de 2020, procedeu-se à revisão do regimento interno da SESAU e aprovou-se a estrutura organizacional do CIEVS Campo Grande, subordinado diretamente à Superintendência de Vigilância em Saúde. Oportunamente, os seguintes serviços foram estabelecidos: Serviço de URR, Serviço de Vigilância dos Vírus Respiratórios, Serviço de Gestão da Resposta Coordenada e Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CAMPO GRANDE, 2020). Em 2021, foram desencadeadas diversas ações visando a reorganização do processo de trabalho de cada unidade pertencente ao CIEVS Campo Grande.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos documentos e depoimentos ilustrou a trajetória percorrida desde a criação da URR, em 2008, no atendimento das demandas decorrentes das emergências de saúde pública, visando melhorar a

capacidade de resposta. O CIEVS Campo Grande é responsável pela Vigilância dos Vírus Respiratórios e, com a chegada do vírus SARS-CoV-2, em 2020, tornou-se o primeiro setor na SESAU a conduzir procedimentos para diagnóstico e acompanhamento dos suspeitos e confirmados com covid-19. O processo de estruturação do CIEVS encontra-se em curso, pois visa implementar ações de resposta coordenada, incluindo emergências decorrentes de eventos de massa, de agentes biológicos, químicos e naturais, e monitoramento de eventos e rumores. Em decorrência, está revisando processos de trabalho junto a outras instâncias da SESAU e demais serviços e instituições de saúde, com ampliação e implementação de ferramentas de comunicação e informação, prevendo expansão e integração com os serviços. Além disso, planeja adequações em seu espaço físico, capacitação de recursos humanos, ampliação do quadro de técnicos e adoção de novas tecnologias, principalmente de informação e comunicação.

Concluímos que no contexto atual os CIEVS são centros de inteligência epidemiológica fundamentais na condução da política de vigilância em saúde em âmbito municipal, no que tange às ações de detecção e resposta oportuna às emergências de saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Regulamento Sanitário Internacional (RSI), 2005**. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 30, de 7 de julho de 2005**. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Brasília: Ministério da Saúde: 2005. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1577/portaria%2030%20jul.%202005%20centro%20de%20inf.%20estrategicas%20VS.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.865, de 10 de agosto de 2006**. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1865_10_08_2006.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Caderno bilíngue.) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centro_informacoes_estrategicas_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.252, de 22 de dezembro 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências (revogada). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (incluída na portaria de consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 8 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de operação do ponto focal nacional para o Regulamento Sanitário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacao_ponto_focal_nacional_regulamento_sanitario_internacional.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS n.º 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, edição 155, p. 87, 13 ago. 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.624, de 28 de setembro de 2020**. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/09/2020&jornal=515&pagina=104. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica 3/2021-DSASTE/SVS/MS**: Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta a Emergências em Saúde Pública no Sistema Único de Saúde – VigiarSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.bahia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/SEI_MS-0019728121-Nota-T%C3%A9cnica_Rede-vigiarSUS-1.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAMPO GRANDE (MS). Prefeitura Municipal. Decreto n. 10.456, de 22 de abril de 2008. Cria a Unidade de Resposta Rápida na Secretaria Municipal de Saúde Pública, e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande, MS**: parte 1, Campo Grande, MS, ano XI, n. 2.527, p. 1-2, 23 abr. 2008. Disponível em: https://diogrande.campogrande.ms.gov.br/download_edicao/eyJjb2RpZ29kaWEiOiI1OTY4In0%3D.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

CAMPO GRANDE (MS). Prefeitura Municipal. Decreto n. 13.530, de 29 de maio de 2018. Aprova o regimento interno da SESAU. **Diário Oficial de Campo Grande, MS**: parte 1, Campo Grande, MS, ano XXI, n. 5.252, p. 30-31, de 5 jun. 2018. Disponível em: https://diogrande.campogrande.ms.gov.br/download_edicao/eyJjb2RpZ29kaWEiOiI0MjE0In0%3D.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde Pública. Decreto n. 14.558, de 8 de dezembro de 2020. Inclui dispositivos no Decreto n. 14.513, de 30 de outubro de 2020, que "Aprova o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e dá outras providências". **Diário Oficial de Campo Grande, MS**: parte 1, Campo Grande, MS, ano XXIII, n. 6146, p. 16-17, 9 dez. 2020. Disponível em: https://cdn.jd1noticias.com/upload/images/diogrande-9.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano de contingência municipal de enfrentamento à doença pelo coronavírus 2019 (covid-19)**: versão 7. Campo Grande: SMSP, 2021. Disponível em: http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/plano-de-contingencia-municipal-de-enfrentamento-a-doenca-pelo-coronavirus-2019-covid-19-versao-7/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARMO, E. H. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 2, p. 9-19, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020e201. Acesso em: 14 jul. 2021.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estud. av.**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003. Acesso em: 13 jul. 2021.

CARMO, G. M. I. *et. al.* Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS: monitoramento e respostas às emergências em saúde pública. **Bol Epidemiol**, n. especial 50, p. 134-135, set. 2019. (Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2009: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf?fbclid=IwAR3qTQYyo5tG7dYLNXWfj4ymtmIAoJtlolbTnwToAPConwrDn0Vpv0kyzvo. Acesso em: 15 jul. 2021.

DIMECH, G. S. **CIEVS**: Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Apresentação em PowerPoint - Apresentado em Oficina de trabalho: Salas de situação de saúde no Brasil). Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/CIEVS2605%20-%20Salas.ppt. Acesso em: 2 ago. 2021.

FERREIRA, F. de P.; GONZAGA E CASTRO, L. de P. O novo regulamento sanitário internacional e o controle da pandemia Influenza H1N1 no Brasil. **Revista Paradigma**, n. 20, p. 205, 2012. Disponível em: https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/97/106. Acesso em: 15 jul. 2021.

GOMES, C. B.; GONZAGA E CASTRO, L. de P. O novo Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 137-155, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i2p137-155. Acesso em: 13 jul. 2021.

LIMA, S. S. *et. al.* Estratégia de atuação do CIEVS-Pernambuco na resposta à emergência da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika: uma ação integrativa. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 2, p. 443-448, abr./jun. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000200010. Acesso em: 24 ago. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estadual de saúde**: Mato Grosso do Sul, 2018-2020. Campo Grande: SES, 2020. Disponível em: https://www.saude.ms.gov.br/planejamento/plano-estadual-de-saude/. Acesso em: 15 jul. 2021.

SÃO PAULO. Coordenadoria de Controle de Doenças. Central/Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 16, n. 187, p. 23-24, 2019. Disponível em: http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/cjfyg. Acesso em: 3 ago. 2021.

SOUZA, G. F. **Descrição institucional do centro de informações estratégicas em vigilância em saúde**. 2010. Dissertação (mestrado profissional em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13304. Acesso em: 3 ago. 2021.

TEIXEIRA. M. G. *et. al.* **Vigilância epidemiológica e emergências em saúde pública produzidas por agentes infecciosos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. (Textos para Discussão, n. 57.) Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/TEIXEIRA-MG-et-al-2021-Vigilancia-Epidemiologica-Saude-Publica-agentes-infecciosos-Fiocruz-Saude-Amanha-TD057.pdf. Acesso em: 15 ago.2021.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 15/07/2021
Aprovado: 01/12/2021

DAR A CARA A TAPA: A (TRANS)FORMAÇÃO DE GÊNERO DAS TRAVESTIS

NOLASCO, Gabriel Luis Pereira[1]. **Dar a cara a tapa:** a (trans)formação de gênero das travestis. Orientadora: Zaira de Andrade Lopes. 2018. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2018.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa investiga a forma como o corpo se torna elemento central como transições de gênero são performadas no território da prostituição na rua com travestis em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a partir de uma perspectiva de uma Psicologia Social e na articulação com a Saúde Coletiva, em uma discussão como modos de experimentar o gênero e a sexualidade mediada por aspectos históricos e sociais que corroboram à manutenção de normas e valores que alicerçam as relações, os códigos simbólicos e culturais, produzindo sentidos e significados sobre o masculino e o feminino. **Objetivo:** O objetivo da pesquisa foi analisar as representações sociais sobre o processo de transformação de gênero elaborados pelas travestis em situação de prostituição. Para tanto, fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais sistematizada por Serge Moscovici e Denise Jodelet, apoiando-se no conceito de gênero sob a perspectiva dos estudos feministas e *queer*. Compreende-se as travestis a partir dos estudos proposto pela Teoria *Queer*, de que tanto o gênero quanto o sexo são categorias que podem não ter correspondência direta, mas, em constante relação e desconstrução. O corpo é considerado componente central de constituição do gênero e da subjetividade dessas travestis. **Método:** O conjunto de dados que proporcionaram as reflexões sobre o objeto de investigação é oriundo de um trabalho mais amplo de pesquisa desenvolvido a partir de uma metodologia qualitativa, caracterizada pela utilização da observação participante e da realização de entrevistas individuais em profundidade com cinco travestis em contextos de prostituição em Campo Grande – MS em 2017. Os dados foram organizados baseado na Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin como instrumento metodológico, onde foram exploradas narrativas de vida sobre os processos de constituição da subjetividade, perpassando pelos jogos entre saúde, corpo e sexualidade, atravessados pelo estabelecimento de relações com a transição de gênero. **Resultados:** A análise expôs que as participantes da pesquisa representam (trans)formam o gênero, e por meio do corpo, e os meios que se utilizam para isso, se dá pela batalha, pelas aprendizagens e pela violência. Nesse sentido, representam a batalha como um local de produção de violência e exclusão, contudo, o ganho financeiro auxilia no processo de construção desse corpo; o que também pode ser identificado em aprendizagens dos diferentes espaços e instituições que reforçam estigmas e padrões normativos do que é ser feminino, mulher, travesti, normal e patológico; o que se revela a partir das práticas de violência e exclusão. **Conclusão:** Em conclusão a pesquisa, as narrativas de vida dessas travestis apresentam experiências de produção de corpos inteligíveis/não-inteligíveis, que nos permitam pensar negociações com os saberes produzidos em representações hegemônicas do que é ser feminino e masculino. Assim, a pesquisa permite refletir sobre como esses corpos são construídos dentro de certos regimes de transgressão e resistência as normas sociais.

Palavras-chave: Travestis. Análise de gênero. Sexualidade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

[1] Psicólogo. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, Brasil. Bolsista CAPES modalidade I. Integrante do Laboratório de Psicologia da Saúde, Políticas da Cognição e da Subjetividade (UCDB). ORCID: 0000-0002-3828-7014. E-mail: nolasco.msn@hotmail.com

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

e-ISSN 2675-7656

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

SES
Secretaria de Estado
de Saúde

GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul