

| | |
|--|--|
| Título do Projeto | Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados no Estado de São Paulo |
| Unidade Federativa de interesse | São Paulo |
| Coordenadora da Proposta (proponente) | Maria Rita Marques de Oliveira Fone: (14) 981541509 (14) 38800146 (14) 38800162 E-mail: maria-rita.oliveira@unesp.br |
| Instituição executora | Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)/ Instituto de Biociências de Botucatu e Faculdade de Medicina. A UNESP é uma instituição Estadual de Ensino Superior Multicampi. Universidade pública, que configura como uma autarquia submetida ao governo do Estado de São Paulo. Conta com 34 Unidades acadêmicas em 24 municípios do Estado. |
| Endereço | R. Prof. Dr. Antônio Celso Wagner Zanin, 250 – Distrito de Rubião Junior – Botucatu/SP- CEP 18618-689 |
| Equipe | A equipe proponente foi composta por pesquisadores da UNESP, <i>Campus</i> de Botucatu, envolvendo cursos de Nutrição, Medicina e Enfermagem, contando ainda com pesquisadores de outras unidades da UNESP da área de geografia, comunicação, educação, agricultura e sociologia. Fortalecendo o apoio nas regiões das atividades tem-se a participação de pesquisadores da UNIFESP em Santos, a UNIMAR na região de Marília, da UNIRP na região de São José do Rio Preto, da UNESP em Registro, São Vicente, Marília, |

São José do Rio Preto e Presidente Prudente. Se o projeto for aprovado, a primeira tarefa será mobilizar as parcerias existentes em diferentes regionais do Estado e construir parcerias com aquelas que ainda não temos. A equipe proponente envolverá suas redes locais e a parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, permitirá constituir a equipe ampliada da pesquisa ou equipe de pesquisa participante.

A coordenadora do projeto é responsável pelo INTERSSAN: Centro de Ciência e Tecnologia para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP e também articuladora da Rede-SANS: Rede de defesa e promoção da alimentação adequada saudável e solidária, com grande inserção no Estado de São Paulo junto ao poder público e a sociedade civil (www.interssan.com.br; www.redesans.com.br), além de outras regiões do Brasil, América Latina e África. Tem coordenado grandes projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão que envolvem a alimentação e nutrição, atuando na interface das políticas públicas de saúde e segurança alimentar e nutricional. Relativo à obesidade tem atuado desde as pesquisas básicas até as políticas públicas. Acaba de concluir um estudo das ações de alimentação e nutrição na atenção primária do Mato Grosso do Sul e já coordenou um projeto que avaliou as ações de alimentação e nutrição em São Paulo (EVANGELISTA et al, 2019). Dois estudos recentes foram relativos a avaliação das políticas para a abordagem do excesso de peso no Brasil e Portugal (COSTA, 2020) e um estudo clínico controlado (EVANGELISTA et al, 2019) para avaliação do

| | |
|--|---|
| | <p>resultado do cuidado integral no manejo da obesidade. Pesquisadoras da equipe têm desenvolvido trabalhos de avaliação da atenção primária à saúde e de intervenção na doença crônica. Fazem parte do grupo de pesquisadores médicos sanitaristas, endocrinologias e cirurgiões dedicados à temática da proposta.</p> |
|--|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Instituição Colaboradora | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Baixada Santista |
| Pesquisador Responsável | Maria Angélica Tavares de Medeiros |
| Endereço | Edifício Central - R. Silva Jardim, 136 - Vila Matias, Santos - SP, 11015-020 |
| Atribuição no projeto | Responsável por orientar as atividades de diagnóstico e avaliação. Será a referência para o trabalho na região da Baixada Santista. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Instituição Colaboradora | Universidade de Marília |
| Pesquisador Responsável | Claudia Rucco Penteado Detregiachi |
| Endereço | Av. Higino Muzi Filho, 1001 - Mirante, Marília - SP, 17525-902 |
| Atribuição no projeto | Responsável por supervisionar atividades de formação. Será a referência para o trabalho na região de Marília |

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Instituição Colaboradora | Secretaria Estadual de Saúde |
|---------------------------------|------------------------------|

| | |
|--------------------------------|--|
| Pesquisador Responsável | Adriana Bouças Ribeiro |
| Endereço | Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – CEP 05403-000 São Paulo Capital |
| Atribuição no projeto | Participar do planejamento e da avaliação das atividades. Mediar os contatos com das Regiões de Saúde. |

| | |
|--|--|
| Descrição do objeto a ser executado | <p>Trata de um projeto de ensino, pesquisa e extensão com o propósito de transformar as práticas de gestão, promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes no Estado de São Paulo em 66 municípios do Estado de São Paulo. Será produzida uma análise situacional dos municípios do Estado. Serão desenvolvidos e oferecidos um curso de extensão para os gestores (40h) e outro para profissionais de 525 equipes de saúde (180h). Será sistematizado todo processo de avaliação da frente de formação. A tradução e a divulgação do conhecimento acontecerão: - para a academia em forma de artigos científicos e de livro digital; para a comunidade em geral: pelo desenvolvimento de uma web página alimentada com notícias mensais sobre as atividades executadas pelo projeto, webnários sobre temas relevantes dentro do projeto, além da produção de um vídeo-documentário sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) para o cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nos territórios. Desenvolvimento de mapa geoprocessado dos municípios inseridos no</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| | <p>processo. Todas as etapas do projeto serão conduzidas em conformidade com pesquisa participante e métodos mistos de pesquisa. Todo o processo será sistematizado e divulgado nos meios acadêmicos e nos veículos de comunicação.</p> |
| <p>Previsão de prazo para a execução</p> | <p>O plano de trabalho correspondente a este projeto será executado em 36 meses. Nesse período se pretende executar as seguintes ações interdependentes.</p> <p>1º a 12º mês: Análise Situacional</p> <p>Análise Situacional dos municípios;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indicadores (Sistemas de Informações) -Formulários eletrônicos para profissionais e gestores - Composição da equipe de gestores lócuo-regionais - Construção de Modelo lógico-teórico para redes de atenção às DCNT - Entrevista em profundidade a gestor da Atenção Primária em Saúde (APS) dos municípios, da Diretora Regional de Saúde e do estado; - Oficinas com as equipes de saúde e usuários nos municípios - Pactuação do plano de trabalho em reuniões dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), bem como das Secretarias Municipais de Saúde. - Aplicação do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil; <p>13 ao 24º mês: Formação</p> <p>Início dos cursos de 180h para profissionais de Saúde com nível superior</p> <p>Início dos cursos de 40h para os gestores</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>25° ao 33° mês: Avaliação</p> <p>Instrumento digital para os profissionais de saúde e gestores;</p> <p>Grupo focal de avaliação <i>in loco</i>, nos municípios que realizaram formação;</p> <p>Finalização dos cursos de formação no sistema de informação da UNESP – SISPROEX</p> <p>33° ao 36° mês</p> <p>Conclusão do Relatório</p> <p>Sistematização do processo avaliativo</p> <p>1° ao 36 meses: Difusão/Tradução do Conhecimento Público Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notícias mensais sobre as atividades do projeto nos sites da Rede Sans e INTERSSAN; - Desenvolvimento de mapa geoprocessamento dos municípios trabalhados com identificação de equipamentos sociais: banco de alimentos; bom prato; hortas comunitárias; academias ao ar livre; feiras-livres; ciclovias; produtores orgânicos; (Disponibilização no site da Rede Sans e INTERSSAN); - Webnários (youtube) - Alimentação Adequada, Inatividade Física, Tabaco, Redes de Saúde e Intersetorialidade, AB- Matriciamento, AB- Projeto Terapêutico Singular, AB - SISVAN. <p>1° ao 36 meses: Difusão/Tradução do Conhecimento Academia</p> <p>4 Artigos científicos</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>1 Livro formato e-book com a experiência do projeto 8 e-books de até 10 páginas cada, desenvolvidos ao longo do processo de formação.</p> <p>Vídeo documentário de 40 minutos - "Organização das RAS para o cuidado das DCNT"</p> <p>*Informes para os Conselhos de Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança Alimentar e Nutricional. Reuniões com a Coordenação Estadual da Secretaria de Saúde.</p> |
|--|---|

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROPOSTA

A) Justificativa

A evidência de que a obesidade tornou-se uma epidemia global marcou a virada do século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). A obesidade tem sido responsabilizada pelo aumento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis na população, além de outros distúrbios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

No ano de 2015, um total de 107,7 milhões de crianças e 603,7 milhões de adultos eram obesos (IMC > 30) no mundo, sendo que desde 1980 a prevalência de obesidade dobrou em mais de 70 países e continua aumentando na maioria dos países. Estima-se que a taxa de a obesidade pode levar a 4 milhões de mortes no mundo, sendo que destas, mais da metade ocorrem por Doença Cardiovascular (GDB, 2017; SWIBURN et al, 2019).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 600 milhões de pessoas terão Hipertensão Arterial (HA), com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (WHO, 2011). A HAS representa um importante fator de risco para a Doença Cardiovascular (DCV), sendo responsável por significativa contribuição

na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MALTA et al, 2017)

Já para o Diabetes Mellitus, estima-se que a prevalência global de diabetes atingiu 9,3%, com o diabetes tipo 2 sendo responsável por cerca de 90% de todas as pessoas com diabetes. As evidências sugerem que o diabetes tipo 2, muitas vezes, pode ser prevenido, enquanto o diagnóstico precoce e o acesso a cuidados adequados para todos os tipos de diabetes podem evitar ou retardar complicações em pessoas que vivem com a doença. A Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2019), ainda salientou que: a previsão é que o número total de pessoas com diabetes aumente para 578 milhões em 2030 e para 700 milhões em 2045; que 374 milhões de adultos têm intolerância à glicose, colocando-os em alto risco de desenvolver diabetes tipo 2; que o diabetes foi responsável por cerca de US \$ 760 bilhões em gastos com saúde em 2019 e que ele está entre as 10 principais causas de morte, com quase metade ocorrendo em pessoas com menos de 60 anos (IDF, 2019).

No Brasil, inquéritos populacionais têm adotado questionários para informações autorreferidas, pela simplicidade e pelos custos reduzidos na aplicação da técnica. Um exemplo é o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2019), que apontou prevalência de Obesidade de 20,7% para o Brasil, prevalência de HAS de 24,5%, sendo maior em mulheres (27,3%) e menor em homens (21,2%) e prevalência de Diabetes Mellitus de 7,4% (mulheres 7,8% e homens 7,1%) (BRASIL, 2020)

Dessa forma o Vigitel tem se mostrado um instrumento de fácil acesso aos dados de prevalência para obesidade e doenças crônicas no Brasil.

Em 2004, a Estratégia Global para a alimentação, atividade física e saúde representou um importante marco quanto à postura a se adotar nas políticas para o enfrentamento das DCNT. Nos anos seguintes outros documentos pactuados globalmente ou regionalmente foram se somando e agregando conteúdos aos propósitos iniciais. As melhores práticas para o enfrentamento da obesidade e doenças associadas à má nutrição incluem as ações intersetoriais no setor público, com envolvimento da sociedade civil e o setor privado. Envolve o comportamento individual e pressupõe a presença de ambientes favoráveis a uma vida mais ativa e ao consumo de alimentos

saudáveis, o planejamento urbano e a transformação dos sistemas alimentares, entre outras ações de cunho intersetorial.

A Declaração de Helsinki, da 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde teve como lema “Saúde em todas as políticas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), o que reforçou marcadamente o caráter intersetorial das ações de prevenção e controle das DCNT. Em 2014, foi realizada a II Conferência Mundial de Nutrição, quando para além da desnutrição, outras formas de má nutrição foram amplamente discutidas, trazendo à tona a importância da transformação dos sistemas alimentares para o alcance da boa nutrição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014b). Em 2017, um seminário realizado pela Coordenação Global sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis da OMS pautou os direitos humanos nos contextos do Plano Global de DCNT 2013-2020, reconhecendo a necessidade de incorporar seus princípios nessa ação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Questões como os direitos da mulher, o respeito à cultura, à ética. Políticas de saúde pública baseadas no direito e bem estar, envolvendo alimento, saúde, ambiente direito à identidade cultural. Essas questões vão ao encontro dos propósitos de transformação dos ambientes obesogênicos em cenários saudáveis e o empoderamento das pessoas para o exercício da autonomia sobre a sua saúde. Com isso, reduzir as inequidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

No Brasil, o primeiro passo para a institucionalização da prevenção que envolve as práticas de alimentação e nutrição no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) foi a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada pelo Ministério da Saúde em 1999 através da Portaria 710/1999, seguindo diretrizes da OMS para o enfrentamento da má nutrição), (BRASIL, 1999). Em 2011 (Portaria 2.715/2011), a PNAN foi revisada tomando como princípios a humanização das práticas em saúde, a diversidade cultural e alimentar, a autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição, a segurança alimentar com soberania (BRASIL, 2011a).

Seguindo os princípios da PNAN, em 2014, guardando sinergia com o lançamento da Estratégia Global em alimentação, atividade física e saúde da OMS, no Brasil o Programa Brasil Saudável promove as academias ao ar livre,

ao mesmo tempo em que é lançado o Guia alimentar para a população brasileira. O Guia alimentar da população brasileira representou um importante marco para as diretrizes alimentares no Brasil, pelo resgate e pela valorização da nossa identidade alimentar, dado que até aquele momento a *Pirâmide* americana é que cumpria esse papel. Em 2014 o Guia alimentar brasileiro foi revisto, ampliando o entendimento multidimensional da alimentação, valorizando seus aspectos culturais e qualitativos (BRASIL, 2014a).

Fortalecendo os propósitos da PNAN, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b). Em 2013, como parte da Rede de Atenção à Saúde do SUS, foram lançadas portarias regulamentando procedimentos e orientando a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade no SUS. Convergindo para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade (BRASIL, 2013b). Em 2014, foi lançada a Estratégia Intersetorial para Prevenção e controle da obesidade pactuada na Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e, em 2015, o Pacto Nacional da Alimentação Saudável, coincidindo com a 5ª Conferência de SAN, fatos que fortalecem o caráter intersetorial dessa temática para o Brasil e o colocam em situação de protagonismo. No entanto, todos esses marcos legais muito bem institucionalizados no âmbito nacional ainda precisam ser consolidados no âmbito dos município e territórios das ações, o que representa grande desafio frente à problemática de dimensões tão complexas.

No Estado de São Paulo, existem iniciativas de promoção da alimentação saudável, incluindo aquelas originadas na sociedade civil organizada, como é o caso da Rede-SANS: rede de defesa e promoção da alimentação saudável, adequada e solidária (www.redesans.com.br), bem como muitas outras iniciativas bem sucedidas de âmbito setorial (saúde ou educação ou assistência social ou agricultura).

A presença de pesquisadores das universidades nos processos de formulação, implantação e monitoramento das políticas públicas, ou mesmo em processos de pesquisas participativas voltadas à transformação das condições de vida das pessoas nos territórios, carece de investimento no campo da ciência e tecnologia. Por outro lado, há uma tomada de consciência de que será preciso transformar o fazer acadêmico, a partir da constatação de que

estamos buscando respostas em lugares errados. No caso da obesidade, tem predominado o olhar na direção micro, em detrimento da direção macro. Conhecemos bem mais dos processos fisiológicos que dos socioecológicos. Isso valida a pesquisa participativa como método de construção de tecnologias, bem como a educação participante, crítica e ativa como métodos de produção do conhecimento. A presente proposta, pautada na Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, busca integrar a produção de soluções tecnológicas às práticas formativas, ao mesmo tempo adotar as redes colaborativas como estratégia de abordagem de questões complexas. Os produtos esperados para esses três anos de intervenção envolvem a análise situacional dos municípios com investigação partindo dos sistemas de informação até a aproximação com os profissionais e com a realidade do território, a construção coletiva da matriz teórico lógica em rede intersetorial de cooperação para a promoção do processo formação e reorganização dos processos de trabalho dos profissionais e gestores de saúde. O processo formativo objetivará identificar no território profissionais com habilidade para promoção de mudanças e ajustes em sua rede de trabalho. O processo avaliativo trará respostas ao processo de formação e dará visibilidade para as potencialidades do território.

A inserção das práticas acadêmicas no território não só promoverá e fortalecerá as ações de promoção da saúde e prevenção e cuidados das DCNT na atenção básica, como também qualifica o processo de ensino. Não só isso, a presença da academia deveria permear todos os cenários do sistema alimentar e das políticas que o sustentam, colocando em prática habilidades que são próprias do pesquisador, de forma contextualizada na realidade, sem com isso substituir outros papéis, como o do Estado. Ênfase será dada ao conhecimento tradicional e ao empoderamento de minorias desfavorecidas, incluindo as mulheres, povos e comunidades tradicionais, que já constam como parceiros do INTERSSAN: Centro de Ciência, Tecnologia em Segurança Alimentar e Nutricional. Fruto de um longo processo de parceria entre academia, sociedade civil e poder público no Estado de São Paulo, decorrentes de convênios da UNESP com os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovações e com o, estão, Ministério do Desenvolvimento Social.

De grande relevância para as ações no território é o fortalecimento da democracia participativa e representação instituída pela Constituição de 1988,

a partir dos conselhos de políticas públicas. O SUS tem sido protagonista nessa prática. Em tempos de incerteza, um tema tão agregador quanto alimentação e nutrição pode alavancar processos de participação social, com vista na transformação da realidade. Não só a alimentação, mas o cuidado com a saúde tem sido colocado em evidência frente à atual crise sanitária provocada pela COVID-19. Essa crise trouxe e certamente continuará trazendo demandas para as abordagens de saúde, incluindo o enfrentamento das doenças crônicas.

O ponto de partida será sempre a realidade do território sob diferentes olhares e níveis de intervenção. A intersetorialidade, a interdisciplinaridade, o pensamento sistêmico, o diálogo de saberes é que dará sustentação a abordagem socioecológica que se pretende para refletir e agir frente aos fatores de risco modificáveis para as DCNT. Uma abordagem dessa natureza pode precisar de ferramentas para sistematizar e organizar informações. Será lançado mão de tecnologias de geoprocessamento dos dados que, se incentivará, sejam localmente produzidos, com o recurso de serem processados por especialistas da área da geografia, os quais compõem a equipe o projeto.

A comunicação significativa será um dos focos do processo. Para tanto, os materiais didáticos e temas geradores de aprendizado serão desenvolvidos a partir da realidade dos educandos e da comunidade. Na proposta ora apresentada, os produtos didáticos serão resultantes do processo de formação. Serão oferecidos dois cursos de extensão sendo uma de 180h e um de 40h. Os materiais pedagógicos serão produzidos para os cursos de formação e posteriormente disponibilizados na forma de e-book, disponibilizado para livre acesso.

De ordem particular, encontra-se como contrapartida o INTERSSAN: Centro de Ciência e Tecnologia e Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, que entre outros congrega um grupo de pesquisadores que vêm trabalhando a obesidade e doenças associadas desde a pesquisa básica até a política pública há quase 20 anos. Tem atuado no ensino, pesquisa e extensão em apoio à Rede SANS – Rede de defesa e promoção da alimentação adequada, saudável e solidária em parceira com a sociedade civil e o poder público em diversos municípios do Estado de São Paulo e conta com

infraestrutura e recursos proporcionados pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI). Além disso, a UNESP encontra-se em 24 municípios do Estado e o INTERSSAN tem pesquisadores espalhados em 17 dessas Unidades. Esses atributos habilitam os proponentes da presente proposta a alcançar os objetivos e metas apontadas.

B) Objetivo geral e específicos

Objetivo Geral

Fortalecer a governança municipal e a capacidade técnica das equipes de atenção primária à saúde para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das **doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo, por meio do trabalho em rede mediado por ações de ensino-pesquisa-extensão.**

Objetivos específicos

- Conhecer e analisar propositivamente como a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica vem operando na Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo.
- Desenvolver um processo formativo envolvendo gestores e equipes de saúde visando às ações identificadas como prioritárias para as DCNT na atenção primária.
- Sistematizar e avaliar o processo de formação e transformação das práticas de gestão e cuidado tomando como referencia a pesquisa participante.

C) Relevância e impacto do projeto para o desenvolvimento científico, tecnológico ou de inovação

Entre as inovações previstas neste projeto está a pesquisa participante, bem como as tecnologias educacionais e o desenvolvimento de indicadores

mais abrangentes para monitoramento dos processos, tanto de formação quanto de serviços. **As tecnologias de formação de caráter ativo, usando recursos digitais e de geoprocessamento no trabalho em rede e modelagem de política a partir do potencial do território é o que dá caráter inovador à proposta. Destaca-se também uma ação específica para atender os territórios indígenas e quilombolas com a participação dos atores sociais locais no desenvolvimento da proposta. A proposta tem grande potencial para fomentar a produção de modelos de abordagem territorial da saúde de forma abrangente considerando a diversidade de olhares proporcionados pela equipe interdisciplinar.**

De grande relevância é também a oportunidade de formação que se vislumbra, imprimindo a visão da saúde em todas as políticas e ambientes profissionais, visto que os professores envolvidos atuam num vasto número de cursos da UNESP e acabam levando o aprendizado para a sala de aula, por exemplo, das licenciaturas, das ciências agrárias, da engenharia de alimentos, entre outras tantas. Isso é muito relevante quando se considera a saúde da poluição e seus determinantes.

Do ponto de vista da pesquisa, a envergadura deste trabalho permitirá a produção de conhecimento qualificado e alinhado com as necessidades de saúde da população e com potencial para aplicação de metodologias inovadoras de pesquisa, com grande potencial para a produção de novos conhecimentos.

Projetos dessa natureza proporcionam o exercício do ensino-pesquisa e extensão, onde todos ganham. Os serviços com oportunidade de refletir e transformar suas práticas, participando ativamente do processo e recebendo feedback do seu trabalho por meio daquilo que será sistematizado pela Universidade. A Universidade porque tem a oportunidade de inserção na prática para a formação e a produção do conhecimento contextualizado na realidade.

Para o Estado de São Paulo, a agenda para o enfrentamento das DCNT será fortalecida.

D) Caracterização do problema a ser resolvido

Tanto nos países em maior desenvolvimento como naqueles do hemisfério sul, o sobrepeso e a obesidade são condições prevalentes e associadas a elas as DCNT. No Brasil as Pesquisas de Base Populacional são as principais fontes de dados para a visualização de série histórica sobre dados de prevalência das DCNT. Atualmente, o VIGITEL (Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), que faz parte das ações do Ministério da Saúde para estruturar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem sido uma importante fonte de informação para estado nutricional referido (BRASIL, 2015).

Essas mudanças populacionais refletem a situação epidemiológica do país, sendo que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias são as principais causas de morte (VIEIRA; REIS, 2010). A transição epidemiológica também é representada pela menor proporção de déficit de peso e de estatura. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) efetuada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente ao período 2008-2009 e publicada em 2010, determinou que 25,4% de adolescentes e 53,8% de adultos apresentam excesso de peso (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b). A publicação mais recente da POF, referente ao período 2017/2018 destaca uma redução de 19,8 para 17,5% na contribuição do “grupo alimentação” para a despesa de consumo (monetária e não monetária) média mensal familiar, em relação a 2008-2009. Os dados da pesquisa destacam o grupo carnes, vísceras e pescados como o de maior peso (21,9% em 2008-2009 e 20,2% em 2017-2018), a diminuição da participação do grupo cereais, leguminosas e oleaginosas, que passou de 10,4% para 5,0%, e o aumento do grupo de outros alimentos que apresentou um crescimento significativo de 9,4% para 13,7%. Estes resultados podem antever resultados não favoráveis nos aspectos relacionados com o excesso de peso (IBGE, 2020)

No Brasil, a prevalência de obesos na população adulta dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal cidades cobertas pela pesquisa VIGITEL (BRASIL, 2015) (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico), no período entre 2006 e 2018, aumentou de 11,8% para 19,8%, sendo que a percentagem de adultos com excesso de peso aumentou de 42,6 para 55,7%, representando um incremento médio de 0,7% e de 1,1% ao ano, respetivamente (IBGE, 2010a). O estudo mostrou também que a percentagem de indivíduos do sexo feminino é superior ao do sexo masculino, 20,7 e 18,7%, respetivamente.

O sobrepeso e a obesidade apresentam-se com taxas elevadas também no período gestacional com associação a problemas na saúde materna e neonatal. As gestantes com IMC acima de 25 kg/m cursam mais frequentemente com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. Portanto, o acompanhamento da prevalência do excesso de peso nas faixas etárias que compreendem o período gestacional, torna-se necessário para identificar a tendência de estado nutricional e traçar ações de cuidado da gestante dentro dos serviços de saúde (SÃO PAULO, 2010).

A partir da criação da Lei Orgânica - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e atribuída à direção nacional do SUS a responsabilidade pela formulação, avaliação e apoio às políticas de alimentação e nutrição do país. Em 1999 foi editada a primeira versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), reeditada em 2013. Com a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional pela Presidência da República, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) passou a compor o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) nas ações de alimentação e nutrição. Assim, no âmbito do Ministério da Saúde as ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) passaram a ser executadas a partir da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que tem as suas diretrizes fortemente alinhadas com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Nos anos de 2006 e 2009, o Ministério da Saúde (MS) chamou a atenção para o aumento da obesidade no Brasil. Os dados referidos mostravam que em 2006 cerca 11% da população encontrava-se com IMC \geq 30 kg/m², enquanto em 2009, apenas três anos depois, a prevalência passou a ser de 13,9%. Naquela época estimava-se que em 2015 aproximadamente 2,3

bilhões de adultos teriam excesso de peso, dos quais, mais de 700 milhões seriam obesos. Os dados da pesquisa VIGITEL, realizada em 2018 e publicada em 2019, mostram que o aumento do excesso de peso na população brasileira é alarmante, uma vez que mais de metade da população brasileira adulta, habitante das capitais brasileiras, apresentou excesso de peso (BRASIL, 2020).

O MS lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil - 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b). As ações do plano estão agrupadas nos eixos de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, e de promoção da saúde e do cuidado integral (essa é uma estratégia muito diferenciada na perspectiva da vigilância).

Em 2012, foi lançado o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade desenvolvido, em conjunto, pelo Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, objetivando ações intersetoriais de uma alimentação adequada e saudável juntamente com a atividade física (BRASIL, 2011B). Este Plano, reeditado em maio de 2014 foi desenvolvido com o objetivo de promover modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira revertendo a curva de crescimento da obesidade reduzindo drasticamente os índices entre crianças de 5 a 9 anos e estacionando a evolução do problema entre adultos. Os eixos do plano são: 1) Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis – pelo aumento da disponibilidade e a oferta de alimentos frescos (frutas, hortaliças, grãos e peixes); 2) Ações de educação, comunicação e informação – por meio do Programa Saúde da Escola; Promoção de modos de vida saudáveis - fortalecendo o programa de alimentação escolar, ofertando cardápios mais saudáveis em restaurantes populares e ampliando a comercialização das 15 frutas e das 10 hortaliças mais consumidas; 3) Vigilância Alimentar e Nutricional; 4) Atenção integral à saúde e 5) Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos (BRASIL, 2018).

Foi também publicado, em 2017, o Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Saúde Suplementar Brasileira, por um Grupo Multidisciplinar envolvendo diversas instituições, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o MS, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre outras, que tentou reunir diversos esclarecimentos, parâmetros e orientações sobre a temática da obesidade, para crianças, adolescentes e adultos.

São inúmeras as ações e políticas públicas de alimentação e nutrição, cabendo ao SUS o desafio de programar uma linha de cuidado integral ao paciente com sobrepeso ou obesidade. Em 2013, o MS redefiniu as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013a) e estabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (BRASIL, 2013b).

Em 2014 o Ministério da Saúde, através da Portaria nº PORTARIA Nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado para as DCNT (BRASIL, 2014c)

Das ações políticas de grande destaque desenvolvidas no Brasil no âmbito da prevenção às doenças crônicas, encontram-se: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a regulamentação do marketing de alimentos, as restrições alimentares nas escolas, a monitorização da prevalência de obesidade na população, o Programa Academia da Saúde, as Linhas de Cuidado ao diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, entre outras; ações estas desenvolvidas com enfoque multidisciplinar, no âmbito da prevenção, prestação de informação, vigilância, avaliação, monitorização, e promoção da saúde (IBEG, 2010a; IBGE, 2010b; IBGE, 2010c; PNUD, 2010; MALTA, 2014; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a, BRASIL, 2014a). Juntas essas políticas, apontam para uma série de diretrizes que devem ser transformadas em ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das DCNT:

Âmbito Individual

Diagnóstico de Hipertensão arterial, Diabetes Melitus e obesidade

Apoio ao autocuidado

Assistência clínica

Monitoramento da pressão arterial, glicemia e peso

Orientação ao uso de medicamentos

Avaliação do consumo alimentar

Tratamento dietoterápico

Prescrição de atividade física

Transporte sanitário eletivo e de urgência com veículo adaptado para pacientes obesos

Âmbito comunitário

Grupo de Hipertensos, Diabéticos e controle do peso

Planejamento local participativo

Programa saúde na escola

Equipamentos comunitários de atividades físicas

Ciclovias, parques, praças e pistas de caminhada

Promoção de atividades corporais para jovens e idosos

Promoção da alimentação e modos de vida saudável para beneficiários do Bolsa Família

Fortalecimento de culturas alimentares locais

Fortalecimento da produção e oferta de alimentos in natura e locais preferencialmente agroecológicos

Aumento da oferta de alimentos saudável - banco de alimentos

Promoção da alimentação saudável e atividades físicas

Educação Alimentar e Nutricional em equipamentos sociais

Monitoramento do peso do trabalhadores

Práticas alimentares culinárias

Fortalecimento de lideranças e participação social

Ações intersetoriais entre escolas, associações de moradores e outros equipamentos públicos

Âmbito populacional

Campanhas para atividade física e hábitos de alimentação saudável

Regulação/acordos com indústria de alimentos para redução de gorduras, sal e açúcar

Regulação da publicidade e rotulagem de alimentos

Estratégias de marketing social – propaganda

Vigilância Alimentar e Nutricional

Fiscalização da rotulagem e mídia

A mudança significativa no perfil do estado nutricional e o avanço da prevalência do excesso de peso e obesidade entre homens e mulheres nas diferentes fases da vida tem sido desafiadora. A transição do perfil nutricional está diretamente relacionada a transição do perfil epidemiológico, e ambas impulsionadas pela transição sociodemográfica. Esse novo cenário impõe ao Sistema Nacional de Saúde, mudanças significativas na organização das ações para o cuidado. A obesidade, doenças crônicas e internações por condições sensíveis à Atenção Básica

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente, são consideradas sérios problemas de saúde pública (SCHIMITD, ET AL, 2016), estima-se que são responsáveis por 58,5% das mortes e 45,9% da carga de doença no mundo. Nas últimas décadas no Brasil, as DCNTs passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) (MALTA et al., 2015).

No Brasil as DCNTs seguem a tendência mundial, sendo causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS, configurando mudança na carga de doenças, evidenciando-se como um importante desafio para os gestores de saúde, pelo seu forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, maior possibilidade de morte prematura, efeitos

econômicos adversos para as famílias, comunidades, sociedade em geral e impacto direto na qualidade de vida do indivíduo.

Estima-se que mais de 66 milhões de brasileiros possuem diagnóstico prévio de alguma DCNT. Segundo dados da PNS/2013 (IBGE, 2014), a prevalência de indivíduos que referiram ter pelo menos uma DCNT foi de 45,1%, sendo que para os indivíduos do sexo masculino a prevalência foi de 39,2%, e feminino 51,8%. No estado de São Paulo os valores encontrados são superiores a prevalência nacional, representando aproximadamente 47% dos homens e 51,8% das mulheres.

O gerenciamento das doenças crônicas dentro do Sistema Único de Saúde tornou-se um grande desafio e impulsionou importantes mudanças organizacionais. Na linha avaliativa de qualidade dos serviços, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs) começaram a ser sistematizadas no Brasil há mais de duas décadas. Importante indicador de avaliação indireta de qualidade das ações realizadas pela Atenção Básica, as internações representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da Atenção Primária à Saúde diminuiria o risco de internações. Tais condições são listadas por grupos de causas, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Dentre as DCNT's, pelo menos quatro grupos de ICSAP (9-Hipertensão, 11 - Insuficiência Cardíaca, 12-Doenças cerebrovasculares e 13-Diabetes Mellitus), representam grupos de internações por Doenças Crônicas que devem ser gerenciadas pela Atenção Básica durante o curso da vida e que apresentam associação com a Obesidade e os hábitos de vida.

No estado de São Paulo, para o período de 2000 a 2016, a evolução nas ICSAP variou bastante entre as regiões do Estado, sendo observada a variação entre 19,7% a 15,4% para o período supracitado. O número absoluto de ICSAP aumentou apenas na Grande São Paulo com variação de 0,3% e em Presidente Prudente com variação de 29,5%. Observa-se, contudo, redução no percentual de ICSAB em todos os DRS do Estado de São Paulo.

Há, portanto, uma relação estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que, ambas, refletem a transição epidemiológica e nutricional amplamente reconhecida (MENDES, 2011).

Como uma proposta para a reorganização dos sistemas de atenção à saúde, as propostas de Redes de Atenção à Saúde tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

Frente as evidências citadas acerca do avanço das DCNT, da relação de associação que existe entre essas condições, e da necessidade de estruturação de RAS, o Ministério da Saúde publicou sob forma de PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014 (BRASIL, 2014c), a redefinição das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

A linha de cuidado (LC) é compreendida como um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, que estabelece fluxos de referência e contrareferência para assistir o usuário no SUS. As linhas definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio. Podem utilizar vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir as suas ações.

Uma transformação no quadro epidemiológico de tal magnitude exige profundas e rápidas transformações nas práticas de saúde. Em 2011 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o propósito de certificar os equipamentos de saúde, atualizado em 2015. O PMAQ foi construído a partir das seguintes dimensões: territorialização e responsabilização sanitária; adstrição dos usuários e vínculo; acessibilidade; acolhimento e porta de entrada principal; cuidado longitudinal; orientação da rede de atenção à saúde; gestão do cuidado integral à saúde e; trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

No estado de São Paulo a homologação do desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RAS) foi deliberado na CIB nº 36, de 21/setembro/2011(SÃO PAULO, 2011) De acordo com a Secretaria do Estado

da Saúde, São Paulo se configura desde 2013 com 17 RAS, para a organização dos seus 645 municípios para o atendimento de um volume populacional estimado em 43.663.669 pessoas.

Considerando a conformação de 17 RAS no estado de São Paulo, a figura abaixo (Figura 1) apresenta a configuração da RAS e sua distribuição espacial dentro das Diretorias Regionais em Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional



Figura 1: Configuração das RAS dentro das respectivas DRS no estado de SP, 2018.

Outro ponto considerado como relevante nos documentos dos organismos estaduais, para a organização das ações nas DCNT é a capacidade instalada de serviços que ofertam a apoio à diagnose e terapia. O estado de São Paulo possui o total de 5093, com distribuição nas 17 RAS.

O reconhecimento da necessidade de avançar no diagnóstico da capacidade instalada dos serviços que envolvem ações de cuidado nas DCNT, se associa à identificação da importância de fortalecer o sistema de monitoramento nutricional para instrumentalizar o planejamento, reorganização/organização de ações nos territórios.

No âmbito do monitoramento nutricional e avaliação da operacionalização do SISVAN no Estado de São Paulo (EVANGELISTA, 2019), conclusões indicadas em relatório de pesquisa desenvolvida pela Rede-SANS,

no período de 2011 a 2012, contribuem para elucidar pontos que necessitam de aprofundamento na pesquisa e intervenção:

- Os dados de antropometria cadastrados no SISVAN do Estado de São cobrem menos que 5% da população do Estado e entre 5 e 10% na região do Pontal do Paranapanema;
- A alimentação de dados antropométricos para o BF é mais prevalente nas regiões de Territórios da Cidadania;
- Os gestores municipais utilizam diferentes formas de processamento das informações em saúde, incluindo sistemas próprios de gerenciamento dos dados, no entanto, os dados do SISVAN não estão integrados a esses sistemas, gerando muitas vezes duplicidade de tarefas ou inviabilizando o cadastro de dados no SISVAN;
- As informações antropométricas nem sempre são conhecidas pelos gestores municipais e pelas equipes de saúde dos municípios que as produzem;
- A maioria das unidades pesquisadas dispõe de recursos de informática, mas não estão sendo direcionados para o SISVAN;
- Os dados antropométricos são produzidos para quase a totalidade da população que frequenta as unidades, mas o número de registro é bem menor, e a utilização das informações para as decisões no cuidado coletivo é quase insignificante.
- Foram referidas carências de material educativo de apoio, de tempo e de profissional habilitado para realizar as atividades de alimentação e nutrição na unidade por aproximadamente metade dos gestores entrevistados.
- Há falhas nos equipamentos e recursos humanos para a obtenção de dados para a alimentação do SISVAN.
- A AEN, embora se reconheça a sua importância para o atual quadro epidemiológico, é um campo a ser desbravado na AB.
- O Nutricionista na AB é um profissional que tem seu papel reconhecido na AB, cuja inserção nas equipes deveria ser ampliada.
- Os profissionais de saúde participantes da pesquisa não têm claro o sentido e a importância do SISVAN no Estado de São Paulo.
- A intersetorialidade para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional a partir da AB tem sua importância reconhecida, mas permanece como uma prática a ser implantada. (Rede-SANS, 2013)

Assim, ressaltamos que a partir da experiência da Rede-SANS e as que a ela se sucederam, podemos afirmar que temos um arcabouço de soluções tecnológicas as quais nos baseamos para propor o desenho deste projeto; nos permite também afirmar com segurança que a intersetorialidade se faz com vontade política e processos competentes de gestão. Então competência gerencial, vontade política e acesso aos meios de produção de conhecimento e tecnologias apontam para a resposta que se pretende.

E) Local e abrangência da realização do projeto

A proposta abrange uma amostra representativa dos Municípios do Estado de São Paulo. O Estado apresenta uma população de 46.289.333 habitantes e densidade demográfica de 166 habitantes/km. O IDH do estado é de 0,783, representando o segundo maior do Brasil. A prevalência de excesso de obesidade (obesidade I+II+III) no SISVAN em 2019 foi de 37,8% da população adulta. A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes tipo 2 (DM-2) informados na VIGITEL de 2019 foi de 24,5% para HAS e 7,4% para DM, enquanto a mortalidade prematura por DCNT representou 72% das causas de morte no Brasil e 64 % no estado de São Paulo (SES-SP, 2020).

F) Público beneficiário (dimensionamento do número de municípios, gestores e profissionais que serão contemplados com as atividades de formação

No total, serão convidados a participar 66 municípios do Estado de São Paulo, o que corresponde a 10,2% dos municípios. A população estimada é de 4.090.390, correspondente a 8,8% da população do Estado. O município de São Paulo Capital não foi incluído na amostra, por considerarmos que já existe um projeto de formação em andamento, com recursos do Ministério da Saúde que trata da obesidade. Para a seleção foram consideradas a prevalência de excesso de peso segundo dados do SISVAN (SISVAN, 2020) , a mortalidade prematura por Hipertensão Arterial Sistêmica segundo as Taxas de Mortalidade por município de residência (SIH-SUS)(DATASUS, 2020) e Diabetes tipo 2 segundo o Coeficiente de Mortalidade (óbitos por 100 mil habitantes - SIM/SEADE), disponibilizado no Plano Estadual de Saúde (2020-2023)(SES-SP,2020). Foram também considerados o grau de urbanização e a tipologia dos municípios em termos de representatividade proporcional à configuração do Estado. A amostra for estratificada, compondo-se de um município em cada Região de Saúde.

Em cada Região de Saúde, primeiramente o município foi selecionado a partir da quantidade e valor dos indicadores de saúde com prevalência acima da média do Estado. Na escolha foi priorizado, se necessário, o indicador de excesso de peso, seguido de diabetes e HAS, independente do valor. Para garantir proporcionalidade no grau de urbanização foi-se para o próximo da lista para incluir municípios com características rurais, mas que atendessem ao um critério de saúde. Apenas dois municípios que atenderam ao menos um critério incluíram um Território Indígena e uma Remanescente de Quilombo. Considerando que é na RAS-7 que se encontram o maior número de Remanescentes de Quilombos e Territórios Indígenas do Estado de São Paulo, decidiu-se incluir um grupo especial com os 4 municípios (Cananéia, Iguape, Eldorado e Iporanga), que abrigam grande parte dessas comunidades (n=29), mas que apenas Cananéia apresenta um critério de saúde. O Estado de São Paulo apresenta 27 territórios remanescentes de quilombola e 35 territórios indígenas distribuídos em 32 de seus municípios.

Quadro 1. Municípios selecionados conforme critérios de saúde (peso corporal, morte prematura por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes tipo 2) e diversidade geográfica e populacional.

| RAS | Região de Saúde | Município | População Estimativa 2020 | Densidade Demográfica | Grau de Urbanização | Classes Urbanização | Tipologia | Peso | Pressão Arterial | Diabetes | CrITÉrios | Equipes de Saúde da Família (E-Gestor) |
|----------------------|-----------------------|--|---------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-------|------------------|----------|-----------|--|
| RAS-1 | ABC Paulista | Santo Andre | 721.328 | 3.848 | 98,59 | alto | Urbano | 38,15 | 0,39 | 2,64 | O | 51 |
| RAS-2 | Altos do Tietê | Arujá | 91.157 | 779 | 98,59 | alto | Urbano | 41,56 | | 6,25 | OD | 7 |
| RAS-3 | Franco da Rocha | Caieras | 102.775 | 900 | 98,59 | alto | Urbano | 35,75 | 9,09 | 5,71 | HD | 2 |
| RAS-4 | Mananciais | São Lourenço da Serra | 15.978 | 75 | 98,59 | alto | Urbano | 28,54 | | 8,33 | D | 3 |
| RAS-5 | Rota dos Bandeirantes | Carapicuíba | 403.183 | 10.698 | 98,59 | alto | Urbano | 31,97 | 0,74 | 9,03 | D | 2 |
| RAS-7 | Baixada Santista | Praia Grande | 330.845 | 1.782 | 98,51 | alto | Urbano | 39,66 | | 7,63 | OD* | 70 |
| | Vale do Ribeira | Ilha Comprida | 11.362 | 47 | 62,15 | moderado | Intermediário Adjacente | 38,19 | | 25,00 | OD | 6 |
| Grupo Especial RAS-7 | Vale do Ribeira | TeRAS Indígenas (n=4) e Remanescentes de Quilombos (n=2) em Cananéia TeRAS Indígenas (n=5) e Remanescentes de Quilombos (n=1) em Iguape Remanescentes de Quilombos (n=9) e TeRAS Indígenas (n=1) em Eldorado Remanescentes de Quilombos (n=7) em Iporanga | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------|----------------------|---------|-----|-------|----------|-------------------------|-------|-------|-------|-----|----|
| RAS-8 | Sorocaba | Salto de Pirapora | 45.860 | 143 | 94,19 | alto | Urbano | 43,29 | | 5,26 | OD | 11 |
| | Itapetininga | Capão Bonito | 47.118 | 28 | 81,13 | alto | Urbano | 40,19 | 11,11 | 4,17 | OHD | 12 |
| | Itapeva | Itaóca | 3.330 | 18 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 40,00 | | 12,29 | OD* | 1 |
| RAS-9 | Vale do Jumarim | Sarutaiá | 3.630 | 26 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 44,14 | | 50,00 | OD | 1 |
| | Pólo Cuesta | Anhembi | 6.819 | 8 | 65,29 | moderado | Rural Adjacente | 43,56 | 2,40 | | OH | 2 |
| | Bauru | Arealva | 8.613 | 16 | 57,70 | moderado | Rural Adjacente | 50,82 | | 12,50 | OD | 3 |
| | Jaú | Itaju | 3.887 | 14 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 57,38 | | | O | 1 |
| | Uru | Uru | 1.153 | 9 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 51,85 | | | O | 1 |
| RAS-10 | Adamantina | Pacaembu | 14.263 | 39 | 89,50 | alto | Urbano | 34,68 | 10,00 | 11,76 | HD | 1 |
| | Tupã | Parapuã | 10.949 | 27 | 80,94 | alto | Intermediário Adjacente | 44,17 | | 8,00 | OD | 3 |
| | Assis | Assis | 105.087 | 207 | 94,80 | alto | Urbano | 38,74 | 3,13 | 11,11 | OHD | 13 |
| | Marília | Lupércio | 4.596 | 28 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 37,19 | | 25,00 | OD | 2 |
| | Ourinhos | Bernardino de Campos | 11.156 | 44 | 91,10 | alto | Intermediário Adjacente | 45,02 | | 14,29 | OD | 3 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------------------|--------|-----|-------|----------|-------------------------|-------|--------|--------|-----|---|
| RAS-11 | Alta Paulista | Paulicéia | 7.454 | 17 | 73,18 | moderado | Rural Adjacente | 42,11 | | 20,00 | OD | 3 |
| | Extremo Oeste Paulista | Caiuá | 5.946 | 9 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 42,65 | | 12,50 | OD | 3 |
| | Alta Sorocaba | Martinópolis | 2.106 | 27 | 92,46 | alto | Urbano | 39,76 | | 8,33 | OD | 7 |
| | Alto Capivari | Quatá | 14.210 | 20 | 92,33 | alto | Urbano | 41,59 | | 9,09 | OD | 4 |
| | Pontal do Paranapanema | Euclídes da Cunha Paulista | 9.325 | 17 | 64,90 | moderado | Rural Adjacente | 41,05 | | | O | 5 |
| RAS-12 | Santa Fé do Sul | Santa Fé Sul | 32.563 | 142 | 93,54 | alto | Urbano | 35,63 | 15,38 | 9,38 | HD | 9 |
| | Jales | Aspásia | 1.818 | 26 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 62,85 | 100,00 | | OH | 1 |
| | Fernandópolis | Mira Estrela | 3.106 | 13 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 37,61 | | 100,00 | OD | 1 |
| | Álvares | Nhandeara | 11.527 | 25 | 72,90 | moderado | Rural Adjacente | 41,82 | | 16,67 | OD | 3 |
| | São José do Rio Pardo | Potirendaba | 17.516 | 45 | 90,52 | alto | Urbano | 46,98 | 37,50 | 15,38 | OHD | 6 |
| | Bonifácio | José Bonifácio | 37.366 | 38 | 86,83 | alto | Urbano | 43,65 | 6,25 | 6,67 | OHD | 5 |
| | Catanduva | Itajobi | 15.297 | 29 | 77,49 | alto | Urbano | 39,42 | | 16,67 | OD | 5 |
| | Dos Lagos | Guaraçaí | 8.290 | 15 | 77,20 | alto | Intermediário Adjacente | 46,37 | | 5,26 | OD | 3 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-------------------|---------|-----|-------|-------|-------------------------|-------|-------|-------|-----|----|
| | Araçatuba Central | Araçatuba | 198.129 | 156 | 95,85 | alto | Urbano | 40,82 | | 11,54 | OD | 43 |
| | Dos Consórcios | Penápolis | 58.510 | 82 | 93,40 | alto | Urbano | 40,20 | 5,56 | 8,70 | OHD | 13 |
| RAS-13 | Alta Mogiana | Aramina | 5.655 | 25 | 89,63 | alto | Intermediário Adjacente | 43,10 | | | O | 2 |
| | Três Colinas | Cristais Paulista | 7.588 | 20 | 94,91 | alto | Urbano | 37,66 | 33,33 | 25,00 | OHD | 1 |
| | Alta Anhanguera | Sales Oliveira | 11.998 | 35 | 92,42 | alto | Intermediário Adjacente | 49,22 | | 11,11 | OD | 4 |
| | Vale das Cachoeiras | Batatais | 62.980 | 66 | 93,88 | alto | Urbano | 43,00 | | 5,00 | OD | 10 |
| | Aquífero Guarani | São Simão | 15.385 | 23 | 98,51 | alto | Urbano | 46,76 | 16,67 | | OH | 1 |
| | Horizonte Verde | Pontal | 40.244 | 113 | 91,00 | alto | Urbano | 39,64 | 9,09 | | OH | 4 |
| | Araraquara Norte | Matão | 83.626 | 146 | 95,95 | alto | Urbano | 49,25 | 2,56 | 5,56 | HD | 15 |
| | Araraquara Centro Oeste | Itápolis | 43.331 | 40 | 81,89 | alto | Urbano | 47,44 | | 8,82 | OD | 1 |
| | Araraquara Central | Trabiju | 1.738 | 24 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 42,98 | | | O | 1 |
| | Coração | Descalvado | 33.910 | 41 | 88,30 | alto | Urbano | 41,18 | | | O | 8 |
| | Barretos do Norte | Olímpia | 50.130 | 62 | 89,10 | alto | Urbano | 38,75 | 7,69 | | OH | 6 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------------------|--------------------------|---------|-----|-------|----------|-------------------------|-------|------|-------|-----|----|
| | Barretos do Sul | Taquaral | 2.813 | 51 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 62,66 | | | O | 1 |
| RAS-14 | Araras | Leme | 104.346 | 228 | 96,36 | alto | Urbano | 40,16 | 8,33 | 5,41 | OHD | 8 |
| | Rio Claro | Corumbataí | 4.064 | 14 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 56,82 | | 25,00 | OD | 1 |
| | Limeira | Cordeirópolis | 24.826 | 153 | 86,41 | alto | Urbano | 42,35 | | 25,00 | OD | 6 |
| | Piracicaba | Charqueada | 17.357 | 86 | 92,59 | alto | Urbano | 63,95 | | | O | 1 |
| RAS-15 | Rio Pardo | São Sebastião da Grama | 12.159 | 48 | 67,75 | moderado | Rural Adjacente | 38,71 | | 8,33 | OD | 4 |
| | Mantiqueira | Espírito Santo do Pinhal | 44.471 | 108 | 87,95 | alto | Urbano | 37,61 | | 11,54 | OD | 8 |
| | Baixa Mogiana | Itapira | 75.234 | 132 | 88,44 | alto | Urbano | 41,42 | 3,13 | | OH | 13 |
| | Circuito das Águas | Serra Negra | 29.452 | 130 | 64,50 | moderado | Intermediário Adjacente | | | 5,00 | D | 5 |
| | Metropolitana | Indaiatuba | 201.619 | 646 | 92,12 | alto | Urbano | 37,64 | 7,14 | 5,00 | OHD | 24 |
| RAS-16 | Bragança | Pedra Bela | 6.110 | 36 | 0,00 | baixo | Rural Adjacente | 43,65 | | | O | 1 |
| | Jundiaí | Jundiaí | 370.126 | 858 | 90,40 | Alto | Urbano | 38,27 | 3,70 | | OH | 17 |
| RAS-17 | Circuito da Fe e Vale histórico | Lorena | 89.125 | 199 | 95,36 | alto | Urbano | 37,32 | | 6,56 | OD | 11 |
| | Vale do Paraíba-Região Serrana | Campos do Jordão | 52.405 | 165 | 84,19 | alto | Urbano | 30,78 | 8,33 | 12,77 | HD | 10 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------|---------|-----|-------|------|--------|-------|------|------|----|----|
| | Litoral Norte | Ilhabela | 35.591 | 81 | 82,77 | alto | Urbano | 30,65 | 6,25 | 8,70 | HD | 11 |
| | Alto Vale no Paraíba | Jacareí | 235.416 | 455 | 93,63 | alto | Urbano | 40,12 | 5,41 | 3,68 | OH | 45 |

O = Excesso de peso acima da média do Estado de São Paulo; H = Mortalidade por Hipertensão Arterial acima da média do Estado; Mortalidade por Diabetes tipo 2 acima da média do Estado.

Elaboração própria. Fonte dos dados: Fundação SEADE: <https://www.seade.gov.br/>; IBGE Cidades: <https://cidades.ibge.gov.br/>; Classificação e Caracterização dos Município Brasileiros, IBGE: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/; Obesidade Relatório Público Sisvan: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>; Hipertensão Arterial Sistêmica SIH-SUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>; Diabetes Mellitus: SIM/SEADE disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/01/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-2020-2023.pdf>. ITESP: http://www.itesp.sp.gov.br/br/info/acoes/assitencia_quilombos.aspx; Comissão Pró-Índio de São Paulo: <https://cpisp.org.br/indios-em-sao-paulo/teRAS-indigenas/teRAS-indigenas-em-sao-paulo/>

* contemplam teRAS indígenas ou remanescentes de quilombos

No total serão disponibilizadas vagas para 3 gestores de cada município (n=198) e para todas as 525 equipes de saúde da família, estimando-se uma média de 3 participantes por equipe (n=1.575), embora não se limite o número de participantes por equipe.

METODOLOGIA

A figura 1 apresenta o desenho metodológico dos quatro eixos de trabalho propostos.

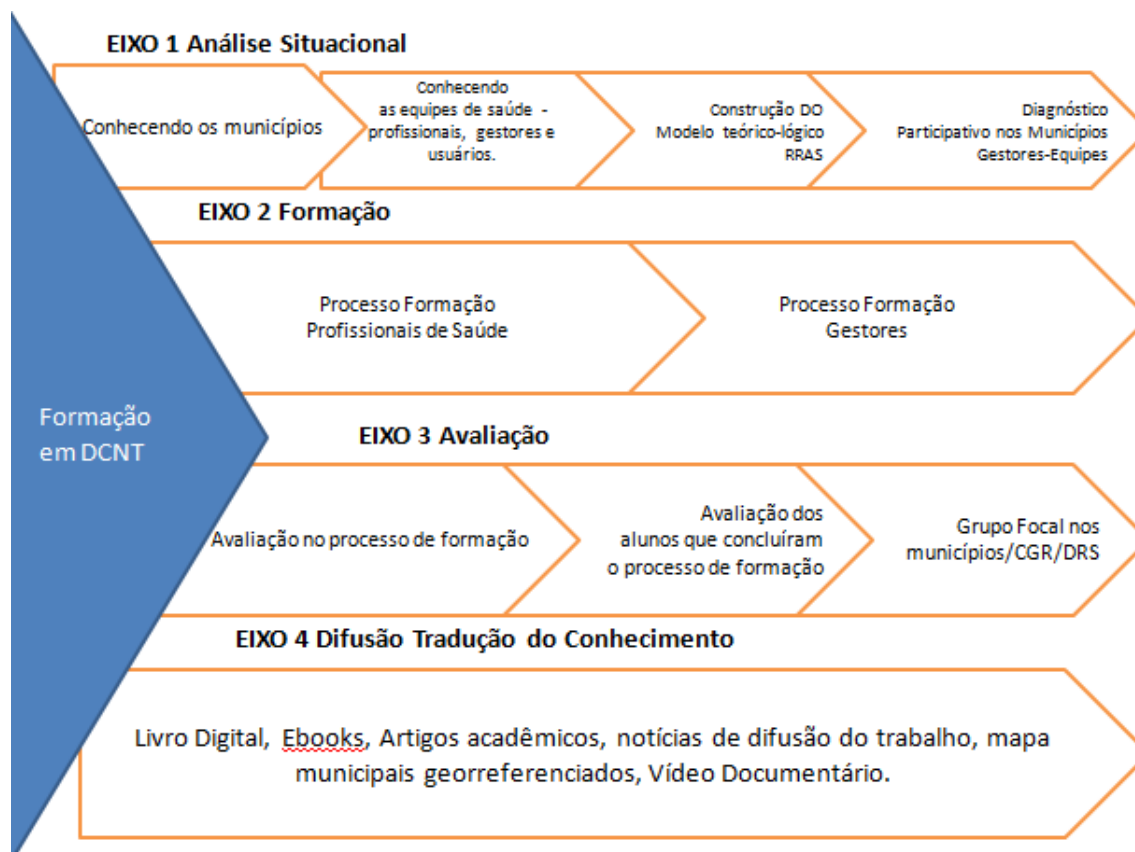


Figura 1: Representação gráfica dos quatro eixos de ações do projeto de Formação em Doenças Crônicas, 2020.

G) Instrumentos e procedimentos de coleta de dados da análise situacional (considerando os parâmetros estabelecidos no anexo I)

Eixo 1 - Análise Situacional

A análise situacional ocorrerá nos primeiros x meses do projeto, e será construída através da elaboração e execução de 4 ações que serão descritas a seguir. Cabe lembrar que todo o material sistematizado será utilizado para basear a construção/adequação do processo formativo, bem como para Difusão e Tradução do Conhecimento

Ação 1.1 Conhecendo os municípios - dados secundários

Análise executada por bolsistas utilizando dados secundários

| Município/Região de Abrangência | |
|--|--|
| Caracterização | <ul style="list-style-type: none"> -Características socioeconômicas municipais (PIB, IDH, tamanho populacional, urbano/rural) - Características socioeconômicas dos territórios das UBS -Características de saúde dos usuários (incluindo indicadores das DCNT: DM, HAS e obesidade) |
| Capacidade Instalada na APS | <ul style="list-style-type: none"> - Equipes de Saúde da Família (eSF) - Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) - Equipes de Atenção Primária (eAP) - Equipes de NASF - Equipes de Saúde Bucal (eSB) - Polos da academia da saúde - Equipes de saúde indígena - - Usuários que utilizaram o serviço da APS no último ano -Cobertura da APS no município - Número de unidades que realizam atividades de promoção e prevenção de saúde em grupo (Alimentação Saudável, Atividade Física, Hipertensão, Obesidade, Diabetes, Fumantes, Grupos de Convivência) - Número de ambulatórios médicos de especialidades - Número de hospitais - Quantitativo de Conselhos de Saúde nas UBS; - Conselho de Saúde Ativo no município; - |
| Instrumento PMAQ | <p>Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde</p> <p>I.3 - Profissionais da Unidade Básica de Saúde</p> <p>I.7 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde</p> <p>II.3 - Apoio Matricial para as equipes de AB</p> <p>II.4 - Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações Desenvolvidas</p> <p>II.5 - Telessaúde na Atenção Básica</p> <p>II.6 - Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica</p> <p>II.8 - Planejamento da Equipe e Apoio Institucional</p> <p>II.9 - Organização da Agenda</p> <p>II.10 - Acolhimento à Demanda Espontânea</p> <p>II.11 - Oferta de Serviços</p> <p>II.12 - Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde</p> <p>II.17 - Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica</p> <p>II.18 - Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus</p> <p>II.19 - Atenção à Pessoa com Obesidade</p> <p>II.25 - Visita Domiciliar</p> <p>II.26 Promoção à Saúde</p> <p>II.27 - Programa Academia da Saúde</p> <p>II.29 - Práticas Integrativas e Complementares</p> <p>II.30 - Programa Bolsa-Família</p> <p>II.31 - População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais</p> <p>II.32 - Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário NASF</p> <p>II.33 - Adequação da composição das equipes às necessidades do território</p> <p>II.34 - Acesso das equipes ao NASF</p> <p>II.35 - Articulação entre eSF e NASF</p> <p>II.36 Qualificação do cuidado da AB a partir da integração com o NASF</p> <p>Módulo IV– Entrevista com o profissional do NASF</p> <p>IV.2 - Identificação da Unidade de Saúde</p> <p>IV.3 - Eixo 1 - Gestão do NASF em âmbito municipal</p> <p>IV. 4 - Eixo 2 – Educação Permanente</p> <p>IV.5 - Eixo 3 - Coordenação do cuidado e integração na Rede de Atenção à Saúde</p> <p>IV. 6. Eixo 4 – Fortalecimento de Ações Intersetoriais</p> <p>IV.7. Eixo 5 - Qualificação do Cuidado na AB</p> <p>IV.8. Ações específicas para o cuidado integral</p> <p>IV.12. Atenção nutricional pelo NASF</p> <p>IV.13. Atenção à pessoa com obesidade</p> <p>IV. 14. Práticas Integrativas e Complementares</p> |
|--|---|

Ação 1.2 Conhecendo as equipes de saúde - profissionais, gestores e usuários.

Desenvolvendo Questionário

Profissionais e Gestores

Será retomado contato com todas as secretaria de saúde dos municípios. Os gestores serão responsáveis por indicar as unidades e os profissionais de saúde, gestores de unidades e agentes comunitários que irão participar do processo de formação

Será desenvolvido questionário, aplicado futuramente de maneira virtual (Google Forms) para as três categorias, contemplando os requisitos do anexo I da presente chamada.

Acompanhará o formulário um termo de Livre Consentimento que os dados possam ser utilizados para fins de pesquisa, assim como garantia do anonimato

| Gestores, Profissionais de Saúde | |
|----------------------------------|--|
| Características | Profissionais vinculados aos equipamentos listados acima, conforme sexo, idade, formação inicial, titulação, função, educação continuada e permanente; |
| Competências | <p>Conhecimentos: conhecimento sobre as DCNT e seus fatores de risco (alimentação inadequada, tabagismo, inatividade física e uso abusivo do álcool), linhas de cuidado para atenção às DCNT, modelos de atenção e organização do cuidado para a DCNT e sobre os atributos essenciais e derivados da APS.</p> <p>Habilidades: capacidade de aplicação do conhecimento recebido para atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e</p> |

| | |
|------------|--|
| | derivados. Atitudes: aplicação do conhecimento no cotidiano profissional para atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados. |
| Percepções | Barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados. |

Usuários

Será desenvolvida uma matriz para avaliação do usuário sobre o processo de cuidado das DCNT no território. Como nos propomos a trabalhar com o território vivo, fruto das relações e também da produção do indivíduo, consideramos extremamente necessário conhecer a percepção do cuidado sob a ótica do usuário.

Ação 1.3 Construção Modelo teórico-lógico para redes de atenção aos crônicos

O primeiro momento será uma Oficina de Diagnóstico Participativa com pelo menos 1 representante de cada município, para a construção do modelo teórico-lógico (Hartz, 2005) de cuidado às DCNT. A segunda etapa será a validação da Matriz Teórico-Lógica pelo método Delphi com experts *Ad Hoc*, da academia, serviços de atenção básica e gestão.

A validação desse material pelo grupo de experts subsidiará as ações que irão ser realizadas nos municípios, pré e pós formação.

Ação 1.4 Diagnóstico Participativo nos Municípios

1.4.1 Entrevista profundidade gestor AB - municípios - DRS - estado

A entrevista será guiada pelo modelo de atenção às DCNT construído pelo modelo validado, construído pelos atores lócuo-regionais e experts da academia. Essa entrevista contará com uma proposta ativa e participativa e como eixo estará o modelo teórico lógico de cuidado das DCNT no seu respectivo município.

1.4.2 Oficinas com as equipes de saúde e usuários nos municípios.

Participarão dessas Oficinas todos os profissionais e gestores que as secretarias de saúde municipais indicarem. Ela acontecerá em local cedido pelo município, em período integral (manhã: profissionais de saúde - tarde: usuários do serviço)

Utilizando a matriz teórico-lógica validada pelo grupo de experts como material de referência, será realizado um Diagnóstico Participativo (FLACSO,2020) para cada município. Nesse diagnóstico serão identificados pontos frágeis, que precisam ser reorganizados, que precisam ser implantados, para que o município fortalece/se aproxime ainda mais do modelo teórico-lógico para Doenças Crônicas.

No período da tarde será realizada a Oficina com os usuários.

Todos os diagnósticos irão compor a Análise Situacional do Município para subsidiar o processo de formação.

Todas as ações descritas no eixo 1 subsidiarão o documento que registrará a Análise Diagnóstica sobre a organização do cuidado às pessoas com DCNT nos municípios selecionados.

H) Desenvolvimento da metodologia e conteúdo da capacitação para os dois públicos descritos nos resultados esperados

Eixo 2 Processo Formação

Nesse eixo serão desenvolvidos processos formativos para dois grupos específicos: Profissionais e Gestores de Saúde.

Para a chamada serão apresentadas 2 propostas de cursos, estritamente baseadas em fundamentação teórica obtida nos manuais e publicações do MS para organização das RAS para doenças crônicas. Vale salientar que a proposta formativa será reorganizada a partir da:

- análise situacional dos municípios;
- contribuições dos profissionais que comporão a equipe de gestão ampliada do projeto (professores universitários, atores lócuo-regionais, bolsistas que estão no território)

Ação 2.1 Curso - " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT - GESTORES"

Projeto Didático-Pedagógico " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT - GESTORES"

Ano base de realização: 2022

Tipo: Extensão (Virtual e Oficinas presenciais)

Certificação - Pró Reitoria de Extensão UNESP

Responsável: Maria Rita Marques de Oliveira

Ambiente Virtual de Aprendizagem para disponibilização curso: plataforma Moodle (NEAD-TIS FMB/UNESP)

Plataforma Encontros Virtuais: NutriSSAN / Rede Nacional de Pesquisa

Inscrições: XX

Carga Horária: 40 horas / 8 semanas

Objetivo geral: Aprimorar conhecimentos e elaborar plano de mudanças no cuidado às DCNT no território

Ementa:

Pressupostos metodológicos: Terá como pressuposto metodológico as Metodologias Ativas baseada no diálogo de saberes, a interdisciplinaridade e a autonomia.

Serão adotadas metodologias participativas, referenciadas nas abordagens da educação popular, crítica e comprometida com a transformação social (FREIRE, 1996,2004), da teoria da complexidade (MORIN, 2003) e das redes sociais (CASTELLS, 2000). Esses referenciais privilegiam o desenvolvimento da autonomia de aprender a aprender, ao mesmo tempo em que promovem o trabalho em rede e intersetorial.

A abordagem da problematização (DÍAZ-BORDENAVE & PEREIRA, 1991; DÍAZ-BORDENAVE, 2005; BERBEL, 2012) alinhada com as referências teóricas acima citadas, será aplicada para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas identificadas como metodologias ativas de ensino e aprendizado. A abordagem pedagógica adotada, pautada pela metodologia crítica, paradigma da Educação Permanente, que tem na aprendizagem significativa um de seus principais alicerces. Essa abordagem estrutura a formação a partir da problematização do processo de trabalho, tomando como objeto o cotidiano das equipes de saúde, devendo resultar em desenvolvimento individual e institucional, visto que trata de um processo institucionalizado e pactuado com o serviço (AYRES, 2009; LIMA, 2017).

Disparadores de aprendizagem: espiral construtivista; vídeos sensibilizadores; construção de maquete do território, oficinas de trabalho para construção da RAS e Linha de Cuidado.

Público Alvo: Gestores de unidades de saúde, gestores municipais que trabalham com a gestão das RAS de DCNT

Construção do conteúdo: Todo o trabalho sistematizado no eixo 1 do projeto - Análise Situacional, somado ao trabalho com a equipe de gestão ampliada, serão utilizados para formulação do curso. Os conteúdos mínimos solicitados pela presente chamada, será somado às necessidades identificadas no território. Dessa forma a apresentação desse projeto político pedagógica apresenta ,de forma sucinta, apenas o conteúdo mínimo. O

Conteúdo mínimo:

- A Vigilância das DCNT no meu território perfil epidemiológico;
- Políticas Públicas - PNAS, PNS, PNPas, PNAN
- Gestão das RAS e Linhas de Cuidado das DCNT
- Fatores de Risco: Alimentação inadequada, tabaco e inatividade física
- Tecnologias em Saúde
- Transformando o Processo de Cuidado das DCNT a partir da APS
- Elaboração e plano de mudança para o município, apontando pactos e ajustes necessários no território

Cronograma de Atividades:

Carga horária de 40 horas, sendo: 2 encontros presenciais de 8h cada ; 2 encontros virtuais de 2 horas cada; atividades no ambiente virtual de aprendizagem 20 horas

Indicadores de acompanhamento:

Material sistematizado pelo educando, anexado no ambiente virtual; lista de Presença Encontro Virtual; Gravação do encontro virtual; - Listas de presença, fotos, e gravações das reuniões presenciais, plano de mudança do educando com indicadores de acompanhamento.

Ação 2.2 Curso - " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT - PROFISSIONAIS DE SAÚDE "

Projeto Didático-Pedagógico " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT- PROFISSIONAIS DE SAÚDE"

Ano base de realização: 2022

Tipo: Extensão (Virtual e Oficinas presenciais)

Certificação - Pró Reitoria de Extensão UNESP

Responsável: Maria Rita Marques de Oliveira (Docente)

Ambiente Virtual de Aprendizagem para disponibilização curso: plataforma Moodle (NEAD-TIS FMB/UNESP)

Plataforma Encontros Virtuais: NutriSSAN / Rede Nacional de Pesquisa

Inscrições: XX

Carga Horária: 180 horas / 36 semanas (5 horas/semana)

Objetivo geral: Aprimorar conhecimentos e elaborar plano de mudanças no cuidado às DCNT no território.

Ementa:

Pressupostos metodológicos: Terá como pressuposto metodológico as Metodologias Ativas baseada no diálogo de saberes, a interdisciplinaridade e a autonomia.

Serão adotadas metodologias participativas, referenciadas nas abordagens da educação popular, crítica e comprometida com a transformação social (FREIRE, 1996,2004), da teoria da complexidade (MORIN et al, 2003) e das redes sociais (CASTELLS, 2000). Esses referenciais privilegiam o desenvolvimento da autonomia de aprender a aprender, ao mesmo tempo em que promovem o trabalho em rede e intersetorial.

A abordagem da problematização (DÍAZ-BORDENAVE, 2005; BERBEL, 2012) alinhada com as referências teóricas acima citadas, será aplicada para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas identificadas como metodologias ativas de ensino e aprendizado. A abordagem pedagógica adotada, pautada pela metodologia crítica, paradigma da Educação Permanente, que tem na aprendizagem significativa um de seus principais alicerces. Essa abordagem estrutura a formação a partir da problematização do processo de trabalho, tomando como objeto o cotidiano das equipes de saúde, devendo resultar em desenvolvimento individual e institucional, visto que trata de um processo institucionalizado e pactuado com o serviço (AYRES, 2009; LIMA, 2017a,b).

Público Alvo: Equipes de Saúde da Família (eSF) e Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Equipes de Atenção Primária (eAP); Equipes de NASF; Equipes de Saúde Bucal (eSB); Profissionais atuantes nos Pólos da academia da saúde; Profissionais de saúde atuantes junto a povos e comunidades tradicionais, quilombolas e povos indígenas, onde existirem Distritos de Saúde Especial Indígena –DSEI.

Disparadores de aprendizagem: espiral construtivista; vídeos sensibilizadores; construção de maquete do território, oficinas de trabalho para construção da RAS e Linha de Cuidado.

Construção do conteúdo: Todo o trabalho sistematizado no eixo 1 do projeto - Análise Situacional, somado ao trabalho com a equipe de gestão ampliada, serão utilizados para formulação do curso. Os conteúdos mínimos solicitados pela presente chamada, será somado às necessidades identificadas no território. Dessa forma a apresentação desse projeto político pedagógico apresenta ,de forma sucinta, apenas o conteúdo mínimo.

Conteúdo mínimo:

- A Vigilância das DCNT no meu território perfil epidemiológico;
- Políticas Públicas - PNAS, PNS, PNPoS, PNAN
- Gestão das RAS e Linhas de Cuidado das DCNT
- Fatores de Risco: Alimentação inadequada, tabaco e inatividade física
- Tecnologias em Saúde
- Transformando o Processo de Cuidado das DCNT a partir da APS
- Elaboração e plano de mudança para o município, apontando pactos e ajustes necessários no território

Cronograma de Atividades:

Carga horária de 180 horas, sendo: 5 encontros presenciais de 8h cada (40h) ; 5 encontros virtuais de 2 horas cada (10h); atividades no ambiente virtual de aprendizagem (130h).

Indicadores de acompanhamento:

Material sistematizado pelo educando, anexado no ambiente virtual; lista de Presença Encontro Virtual; Gravação do encontro virtual; - Listas de presença, fotos, e gravações das reuniões presenciais, plano de mudança do educando com indicadores de acompanhamento.

I) Critérios de seleção e elegibilidade para a participação e plano de chamamento dos participantes

Todos os gestores da Atenção primária à saúde e suas equipes de saúde serão convidados a participar. Para as atividades presenciais serão formadas turmas de até 30 alunos. Assim nos municípios maiores as atividades presenciais serão replicadas para diferentes turmas, considerando até a possibilidade de realização de seminários para que as atividades aconteçam de forma simultânea. No entanto, a expectativa é de que os municípios liberem apenas parte dos funcionários e isso terá que ser discutido nas atividades de planejamento com os gestores.

J) Procedimentos de implementação das capacitações

A aproximação com o território é uma necessidade intrínseca a esse trabalho. Pesquisadores e professores que compõe essa equipe de pesquisa já possuem histórico de parceria com diferentes secretarias do governo de estado, com instâncias de pactuação de ações de alimentação e nutrição, e de saúde.

O primeiro passo será a constituição da equipe de gestão ampliada, que será formada por: professores universitários; pesquisadores bolsistas CNPq, pesquisadores do INTERSSAN. Essa equipe inicial irá indicar os interlocutores regionais (que serão bolsistas CNPq), que devem conhecer a região e possuir experiência de articulação com instâncias como as secretarias de saúde dos municípios, com os colegiados de gestão regional, com os conselhos municipais de saúde. Buscaremos também encontrar interlocutores nas comunidades tradicionais, considerando que o INTERSSAN conta com

pesquisadores que possuem experiência de trabalho com comunidades quilombolas e riberinhos do estado de SP.

Essa será a configuração da equipe ampliada do projeto, que atuará em desenvolvimento, execução e avaliação ao longo dos 36 meses.

Devemos salientar ainda, que cada um dos 66 municípios deverá eleger um ator lócuo-regional para ser o nosso contato com as equipes em processo de formação do município.

k) Proposta metodológica de uma análise avaliativa sobre os efeitos da formação na organização dos serviços de saúde e no processo de trabalho das equipes considerando os parâmetros estabelecidos no Anexo II

Eixo 3 - Avaliação

Nessa etapa do projeto iremos avaliar o processo de formação e o processo de formação no território

Ação 3.1 Avaliação no processo de formação

A proposta de avaliação se fundamenta na abordagem de avaliação processual, crítica-reflexiva do processo de ensino-aprendizagem e referenciada em critérios previamente conhecidos pelos discentes e docentes. A avaliação do desempenho do educando tem caráter formativo e somativo. Os instrumentos de avaliação envolvem critérios que são elaborados a partir do perfil de competências. Produtos previamente pactuados são elaborados pelos educandos como forma de sistematização dos resultados e como instrumento de avaliação.

Inspirada na estrutura dos cursos de formação do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (FREITAS et al, 2016; LIMA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2017), as estratégias avaliativas se estruturam em diferentes momentos de avaliação, assim distribuídos:

- Avaliações realizadas durante os encontros após a realização de cada atividade coletiva, moderada pelo facilitador do processo de ensino-aprendizagem que propõe a autoavaliação, a avaliação da produção do grupo e a avaliação do professor/facilitador do processo de ensino-aprendizagem;
- Avaliação de caráter formativo com o objetivo de apontar as melhorias do processo de aprendizagem de acordo com a etapa percorrida no curso tendo como critério o perfil de competência delimitado para ser alcançado até aquele momento do curso. Nesta etapa avaliativa serão adotados apenas dois conceitos – “satisfatório” e “demanda plano de melhorias”;
- Avaliação de caráter somativo com o objetivo de dar visibilidade aos resultados alcançados e o desenvolvimento do perfil de competência desejado. Esta etapa de avaliação irá indicar se houve aprovação ou reprovação no curso. Para tanto, são atribuídos os conceitos “satisfatório” e “insatisfatório”, respectivamente, para aprovados e reprovados

Dentre os instrumentos de avaliação está o Plano de Ação que constará de um trabalho de desenho da RAS para cuidado às DCNT o seu território, apontamento de fragilidades que serão atacadas, indicadores e acompanhamento que serão avaliados. A sistematização do processo de avaliação se realiza em etapa e a aprovação está condicionada a critérios previamente estabelecidos.

Essa avaliação será processual, devendo retroalimentar as correções nas falhas de percurso observadas. Também serão organizados momentos específicos de avaliação, ao menos duas vezes durante o processo de formação, envolvendo todos os atores do processo de ensino-aprendizagem. O instrumento de avaliação será definido pelo grupo gestor devendo incluir indicadores qualitativos e quantitativos.

Ação 3.2 Avaliação dos alunos que concluíram o processo de formação

Instrumento Digital para avaliação dos seguintes itens:

- Alcance de formação: - taxa de conclusão da capacitação de gestores e profissionais Apresentação do perfil dos ingressos e egressos (formação profissional por equipamentos de saúde).

- Melhora das competências:

Conhecimentos: conhecimento sobre as DCNT e seus fatores de risco (alimentação inadequada, tabagismo, inatividade física e uso abusivo do álcool), linhas de cuidado para atenção às DCNT, modelos de atenção e organização do cuidado para a DCNT e sobre os atributos essenciais e derivados da APS.

Habilidades: capacidade de aplicação do conhecimento recebido para atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados.

Atitudes: aplicação do conhecimento no cotidiano profissional para atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados.

- Melhora da Percepção

Barreiras e facilitadores para organizar a atenção às pessoas com DCNT (Diabetes, Hipertensão e Obesidade) incluindo a abordagem para combater seus fatores de risco, para a organização do modelo de atenção e das linhas de cuidado das DCNT bem como a organização do processo de trabalho na APS de modo a garantir seus atributos essenciais e derivados.

Ação 3.3 Grupo Focal nos municípios/CGR/DRS

Essa deve trazer para o processo avaliativo a identificação de mudanças no processo de trabalho na organização das RAS que não seriam possíveis de serem identificadas com questionários fechados. Reflexões, insights, desejos de mudança que ainda precisam de apoio para transformar a prática. Pactuações que precisam ocorrer para ajustes nos diferentes pontos das RAS. As reuniões poderão ocorrer nos municípios, nos colegiados de gestão regional ou nos municípios.

A construção do roteiro para o GF se baseará inicialmente nos tópicos já apresentados no item 3.2 (Caracterização; Competências - conhecimento, habilidade, Atitude; percepções). Vale apontar que a construção do instrumento acontecerá em conjunto com a equipe gestora ampliada.

L) Análise crítica das possíveis dificuldades e respectivas ações para superar esses obstáculos

O principal entrave para a concretização das ações propostas diz respeito ao planejamento municipal da Atenção Primária à Saúde, que terá que ser adequado à proposta do projeto, o que dependerá de vontade política. Também diz respeito à falta de tempo e sobrecarga de serviços das equipes de saúde. A vontade política para o redirecionamento das agendas de saúde poderá ganhar impulso com um bom trabalho de divulgação e apoio institucional, nesse caso das instâncias regionais e estaduais. A falta de tempo poderá ser mitigada se o planejamento for feito com as equipes para que as atividades sejam desenvolvidas nos horários mais favoráveis.

Importa destacar que as agendas da saúde são sazonais e podem acontecer demandas emergenciais, como por exemplo o combate à dengue, campanhas. Não sabemos quais serão as demandas para a Atenção Primária à Saúde neste pós-COVID. Certamente essa temática permeará o processo de formação. Há que se ter sensibilidade para o planejamento das atividades de forma participativa.

Produtos esperados como resultado de cada um dos eixos definidos no item 1.2, com previsão de cronograma de entrega anuais

| Etapa/eixo | Atividades/ação | Período de Execução | Produtos |
|---------------------|---|---------------------|--|
| Análise Situacional | 1.1 Conhecer os municípios através dos dados secundários | 1º -3º mês | Relatório análise situacional dos municípios |
| | 1.2 Conhecer as equipes de saúde - profissionais, gestores e usuários. | 4 - 6º mês | Relatório com sistematização e análise do perfil de profissionais, gestores e usuários |
| | 1.3 Composição da equipe de gestores lócuo-regionais | 4º mês | Relatório com a composição da equipe. Assinatura de termos de parceria |
| | 1.4 Construção e Validação Modelo teórico-lógico para redes de atenção aos crônicos | 5º mês | Relatório com o processo de construção e validação do Modelo teórico-lógico |
| | 1.5 Diagnóstico Participativo nos Municípios | | |
| | 1.5.1 Entrevista profundidade gestor AB - municípios - DRS - estado | 6º ao 12º mês | Relatório com a sistematização das entrevistas em profundidade com os gestores |
| | 1.5.2 Oficinas com as equipes de saúde e usuários nos municípios | 6 ao 12º mês | Relatórios com a sistematização dos produtos das oficinas - organização de inscrições, listas presença, arquivos de fotos. |
| Formação | Ação 2.1 Curso - Projeto Didático-Pedagógico " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT - GESTORES" | 12º ao 24º mês | Relatório didático do curso contendo: nº inscrites, n concluintes, taxa evasão, taxa de aprovação segundo conceito satistatório, sistematização de todos os planos de ação dos alunos concluintes; |

| | | | |
|------------------------------------|--|----------------|---|
| | | | - vídeo-aulas com conteúdo didático editadas; |
| | Ação 2.2 Curso - Projeto Didático-Pedagógico " A gestão das RAAS no cuidado às DCNT - PROFISSIONAIS DE SAÚDE" | 12º ao 24º mês | Relatório didático do curso contendo: nº inscrites, n concluintes, taxa evasão, taxa de aprovação segundo conceito satistatório, sistematização de todos os planos de ação dos alunos concluintes; - vídeo-aulas com conteúdo didático editadas; |
| Avaliação | Ação 3.1 Avaliação no processo de formação | 25º ao 27º mês | Relatório com sistematização do processo de formação e planilha com relação de alunos que alcançaram a avaliação SATISFATÓRIA. |
| | Ação 3.2 Avaliação dos alunos que concluíram o processo de formação, baseado nas competências e percepções para o cuidado às DCNT | 25º ao 33º mês | Relatório com a sistematização do instrumento de avaliação, cujos eixos envolvem: características, competência e percepção. |
| | Ação 3.3 Avaliação da organização do cuidado às DCNT nos municípios, regiões e DRS, através de Grupo Focal nos municípios/CGR/DRS. | 25º ao 33º mês | Sistematização do material obtido nas reuniões de grupo focal |
| Difusão e tradução do conhecimento | Elaboração da Livro | 1º ao 32 mês | 1 e-book diagramado |
| | Elaboração de artigos | 1 ao 32 mês | 4 artigos submetidos |
| | Notícias mensais na página do projeto, hospedada no site da Rede-Sans | 1º - 36º mês | Relatório comos prints mensais das notícias divulgadas na web. |
| | Geoprocessamento de Mapas Municipais | 3º ao 24mês | Relatório com link de acesso a entrada |

| | | | |
|-----------|--|----------------|--|
| | | | do geoprocessamento e print dos mapas. |
| | Vídeo Documentário "As doenças Crônicas no território" 40min | 1 ao 32 mês | Vídeo documentário editado, de no máximo 40 minutos. |
| | E-books didáticos produzidos para os cursos de formação | 12º ao 24º mês | 8 e-books diagramados com até 10 páginas cada. |
| Relatório | Relatório Didático | 33º ao 36º mês | 1 relatório didático de todo o projeto. |
| | Sistematização Processo Avaliativo | 33º ao 36º mês | Relatório com sistematização do processo avaliativo |

| | |
|--|---|
| Relevância dos resultados do projeto para a APS | <p>Como resultado se espera contribuir com:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fomentar a formação de profissionais e gestores com habilidade para realização de mudanças no processo e trabalho e cuidado às DCNT. 2) Desenvolvimento da cultura do trabalho intersetorial territorial; 3) Desenvolvimento de tecnologias educacionais baseadas na autonomia e inseridas no processo de trabalho; 4) Sistematização de processos de trabalho integrados e compatíveis com os cenários de práticas do Estado de São Paulo; 5) Aproximação das práticas acadêmicas à realidade do SUS; 6) Qualificação das práticas acadêmicas, a partir da retroalimentação das atividades de ensino-pesquisa-extensão; 7) Valorização da pesquisa participativa; |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | 8) Disseminação do conhecimento e de tecnologias produzidas. |
| Recursos financeiros de outras fontes aprovados para aplicação no projeto | Encontram-se em execução no INTERSSAN outros dois projetos com atividades no Estado de São Paulo, o que pode facilitar as idas das equipes para os municípios. Além disso, existem recursos para as atividades do Centro proveniente de convênio UNESP/MCTI que viabiliza transporte (carro e combustível). Foi impor contar com esses outros recursos que avaliamos como viável a execução do trabalho em 66 municípios. |
| Disponibilidade efetiva de infraestrutura e de apoio técnico para o desenvolvimento do projeto | A UNESP/IBB conta com escritório de pesquisa para apoiar a prestação de contas das atividades. Conta com técnicos para apoio das atividades à distância, sendo que o Núcleo de Educação à distância da Faculdade de Medicina irá assumir o planejamento dessa atividade. O INTERSSAN possui equipamentos de comunicação e ambiente adequado para acolher as equipes do projeto e processar os dados. Todos os espaços coletivos do IBB poderão ser utilizados quando necessário. |

INFORMAÇÕES SOBRE A CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DO PROPONENTE PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

A Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) tem figurado entre as melhores universidades do Brasil, contribuindo de maneira significativa com a produção científica do país. A UNESP tem um dos maiores contingentes de pesquisadores do Brasil e é responsável por grande parte das

publicações brasileiras em revistas científicas nacionais e internacionais. Engloba 34 unidades, 24 unidades auxiliares e 7 unidades complementares e 3 colégios técnicos. Encontra-se instalada em 24 cidades do estado de São Paulo, com 120 opções de cursos de graduação e 100 programas de pós - graduação (www.unesp.br).

Unidades Universitárias da UNESP de Botucatu

Instituto de Biociências de Botucatu (www.ibb.unesp.br). Cursos de **Graduação**: Nutrição, Ciências Biológicas, Física Médica e Biomedicina. Programa de **Pós-Graduação**: Biotecnologia; Biologia Geral e Aplicada; Biometria; Botânica; Farmacologia; Genética; e Zoologia. **Unidades Auxiliares**: Centro de Assistência Toxicológica – CEATOX; Centro de Isótopos Estáveis – CIE; Centro de Microscopia Eletrônica – CME. **Departamentos**: Anatomia; Bioestatística; Botânica; Educação; Farmacologia; Física e Biofísica; Fisiologia; Genética; Microbiologia e Imunologia; Morfologia; Química e Bioquímica; Parasitologia; Zoologia. **Laboratórios em Nutrição**: Laboratório de Nutrição e Dietética – LND; Centro de Estudos e Práticas em Nutrição – CEPRAN.

Faculdade de Ciências Agrônomicas de Botucatu (www.fca.unesp.br). Cursos de **Graduação**: Agronomia; Engenharia Florestal; Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia. Programa de **Pós-Graduação**: Agricultura; Energia na Agricultura; Horticultura; Irrigação e Drenagem; Proteção de Plantas; e Ciência Florestal. **Unidade Auxiliar**: Fazenda de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Departamentos**: Bioprocessos e Biotecnologia; Ciências Florestal; Economia, Sociologia e Tecnologia; Engenharia Rural; Horticultura; Produção e Melhoramento Vegetal; Proteção Vegetal; Solos e Recursos Ambientais.

Faculdade de Medicina (www.fmb.unesp.br). Cursos de **Graduação**: Medicina; Enfermagem. Programa de **Pós-Graduação**: Anestesiologia, Bases Gerais da Cirurgia, Enfermagem, Fisiopatologia em Clínica Médica, Doenças

Tropicais, Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Patologia e Saúde Coletiva.

Unidade Auxiliar: Centro de Saúde Escola; Hospital das Clínicas de Botudatu.

Departamentos: Anestesiologia; Cirurgia e Ortopedia; Clínica Médica; Dermatologia e Radioterapia; Enfermagem; Ginecologia e Obstetrícia; Doenças Tropicais e Diagnósticas por Imagem; Oftalmo e Otorrino; Neurologia, Psicologia e Psiquiatria; Patologia; Pediatria; Saúde Pública; Urologia.

Auxílios recebidos pelo IBB, cuja coordenação do projeto esteve sob encargo da coordenadora proponente:

Tipo de auxílio: Custeio e Capital

Título do projeto: Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

Agência: MCTIC/SEPED/DEPIS

Vigência: 2016-2021

Nº do processo: 821825/2015 (SICONV)

Valor: R\$ 2.800.000,00

Tipo de auxílio: Custeio e Capital

Título do projeto: Fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) nos estados de São Paulo

Agência: MDS/CNPQ

Vigência: 2015/2018

Nº do processo: PROC. 0975/2015 (SICONV)

Valor: R\$ 750.000,00

Projeto: Rede-SANS Brasil UNASUL de pesquisa, extensão e ensino em Soberania e Segurança Alimentar Nutricional Sustentável

Agência: MCTI/SECIS

Vigência: 31/12/2013 a 31/12/2015

Nº do processo: 790232/2013-UNASUL

R\$ 784.400,00

Tipo de auxílio: Custeio e Capital

Título do projeto: Rede de Municípios promotores da segurança alimentar nutricional sustentável.

Agência: FINEP/CNPq

Vigência: 22/09/2010 – 01/03/2013

Nº do processo: 01.10.0466.00

R\$2.500.000,00

Além das unidades universitárias de Botucatu, a equipe do projeto conta com pesquisadores da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação de Bauru, o Campus Experimental de Registro e Instituto de Biociências de São Vicente, outras poderão ser envolvidas, seja pela expertise dos pesquisadores ou pelo uso da infraestrutura.

A equipe do projeto foi composta por pesquisadores com experiência em atividades de pesquisa e docência assistencial na atenção básica e por técnicos dos serviços de saúde. Esses pesquisadores têm desenvolvido ações de alimentação e nutrição, mas também com saúde coletiva em geral, atividades físicas, educação e assistência social. Os trabalhos desses pesquisadores têm envolvido técnicos e pesquisadores de quatro equipes de cirurgia da obesidade (Botucatu, Marília, São José do Rio Preto e Piracicaba). Fora isso, as parcerias envolvem pesquisadores com experiência em ações de mobilização social e desenvolvimento territorial (saúde ambiental, geografia, economia, veterinária, agronomia, comunicação/design, antropologia da alimentação). Os alunos de pós-graduação são provenientes dos cursos de Saúde Coletiva, Alimentos e Nutrição, Enfermagem e Territorial. Os alunos de graduação são provenientes dos cursos de Nutrição, Biologia, Medicina, Enfermagem, Agronomia e outras áreas poderão ser incluídas. Uma boa parte deste contingente de gestores, técnicos, trabalhadores e pesquisadores será ainda incorporada na proposta, se a mesma for aprovada. Em 2018 fizemos um esforço de construção coletiva de proposta para o Estado de São Paulo voltada à linha de cuidado da pessoa obesa, a proposta foi aprovada por mérito, ficando em segundo lugar de prioridade no Estado. Com os subsídios da

experiência anterior, elaboramos está proposta, com o propósito de retomar a articulação de 2018.

O Grupo integrador do ensino, pesquisa e extensão em soberania e segurança alimentar e nutricional da UNESP tem 42 pesquisadores credenciados em diferentes áreas de saber, de interesse para a saúde e nutrição, os quais poderão participar, sempre que forem demandados, como convidados para ações pontuais da proposta, além dos já aqui citados. Assim, foi buscado articular um grupo consistente de pesquisadores com experiência nas ações comunitárias, comunicação e metodologias ativas, críticas e participativas, cuidado das DCNT e gestão do SUS.

A coordenadora do projeto concluiu seu doutorado em 1998, tendo trabalhado aspectos do metabolismo lipídico de pessoas obesas sob intervenção, empreendeu iniciativas particulares para o cuidado interdisciplinar da pessoa obesa ainda na década de 90. Desde 2007 vem recebendo recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) para pesquisas na área da obesidade. Orientou e vem orientado teses e dissertações voltados a obesidade e cirurgia da obesidade desde 2005. Tem trabalhado as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) na interface com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Já foi supervisora de estágio em Nutrição e Saúde Pública. Em 2007, o projeto pesquisa para o SUS/FAPESP “Avaliação da implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito da atenção básica do SUS na região das Bacias Piracicaba – Capivari” foi o primeiro de uma série de projetos decorrentes. Em 2008/2010, o projeto “Educação em serviço e o sistema de vigilância alimentar e nutricional no âmbito da atenção básica do SUS em São Paulo” envolveu alunos de doutorado e pós-doutorado e uma importante articulação de outras regiões do Estado de São Paulo, como Araraquara, Botucatu e Marília. Em 2010, até 2013, a aprovação do projeto “Rede de municípios promotores da segurança alimentar nutricional sustentável, deu origem à Rede-SANS: Rede de defesa e promoção da alimentação saudável, adequada e solidária (Convênio: UNESP/FINEP/MCTIC)” teve como componentes de pesquisa, a que foi chamada pesquisa da Rede-SANS, envolvendo 60 municípios e 240 unidades de saúde num avaliação propositiva das ações de alimentação e nutrição na

atenção Básica do SUS, como elemento formativo foi desenvolvido do Curso de aperfeiçoamento (160h) Interanutri-Nutricionista para Nutricionistas da Atenção Básica e o curso Interanutri-agente para agentes de Saúde (60h), ambos na modalidade a distância com atividades práticas no território e 3 encontros presenciais (para o Interanutri-agente, os tutores eram do município, treinados pela equipe do projeto que originou a Rede-SANS).

Os cursos Interanutri foram propostos primeiramente no contexto de um edital do MEC/CAPES/2010-2011 e atendeu professores do ensino básico “INTERANUTRI - Interdisciplinaridade, Alimentação e Nutrição no currículo escolar”, envolvia além dos componentes teóricos, práticas pedagógicas voltadas à alimentação e nutrição. A experiência com a Rede-SANS gerou dois convênios simultâneos: 1) 2013/2015: Rede SSAN-UNASUL de pesquisa, extensão e ensino em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Convênio: UNESP/MCTIC) e 2) 2015/2019: Fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) nos estados de São Paulo e Paraná e seus respectivos municípios (convênio: UNESP/MDS/CAISAN). O trabalho com a Rede SSAN-UNASUL, atualmente Rede Latino Americana de SSAN (Rede LASSAN), fortaleceu a nossa experiência e recursos para o trabalho online, seja pela plataforma Moodle ou por Webconferência, utilizando a Plataforma NutriSSAN da Rede Nacional de Pesquisa (RNP/MCTIC). Dessa interação surgiu o Grupo de Interesse Especial para Estudo da Obesidade, envolvendo instituições do Brasil, Chile, Argentina e Equador. Foram desenvolvidos com o Equador e com a Colômbia cursos e extensão e especialização em SAN, este último com dupla titulação. Foi também fortalecida a relação com pesquisadores Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Atualmente o Curso de Especialização vem sendo oferecido em dupla titulação com a UNILAB no Brasil, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe e com a Universidade de Zambeze em Moçambique, contemplando um total de 180 alunos. Na linha específica da obesidade e suas comorbidades foram oferecidos cursos de extensão e duas turmas de especialização (Quadro 2).

Em 2016 até o presente, um convênio com o MCTI/UNESP permitiu a criação do “Centro de Ciência e Tecnologia para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional– INTERSSAN”. O Centro é uma estrutura acadêmica

para tem um comitê gestor composto por membros da sociedade civil, poder público e academia (1/3 cada). O INTERSSAN tem como missão “contribuir para o desenvolvimento social, científico, tecnológico que proporcione Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN) em âmbito local, regional e internacional” e como objetivo geral “atuar na área da Soberania e da Segurança Alimentar e Nutricional, como espaço de interlocução entre instituições de pesquisa e dessas mesmas com a sociedade, visando produzir e ampliar o acesso às tecnologias sociais, desenvolver e disseminar processos de gestão de políticas públicas, oferecer formação para o aprimoramento das atividades humanas no curso do sistema alimentar e para a promoção de práticas alimentares que proporcionem saúde e bem estar”. Conta com infraestrutura e equipe que contribuirão efetivamente para a realização das metas deste projeto.

De ordem específica para a temática deste edital, em 2007 foi aprovado pela FAPESP o primeiro projeto para estudo da obesidade e cirurgia bariátrica. De lá para cá foram diversos projetos com financiamento da FAPESP envolvendo alunos de pós-graduação em um projeto-mãe denominado: “Nutrição, obesidade e cirurgia bariátrica”. Voltando-se mais para as questões de saúde coletiva e obesidade, foram concluídas em 2019/2020 as seguintes orientações/supervisões: 1) Adesão às orientações para o manejo da obesidade em pacientes na fila para a cirurgia bariátrica no SUS: um ensaio clínico randomizado (doutorado); 2) As Políticas Públicas de Redução da Obesidade em Adultos: estudo comparativo da sua abordagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil e em Portugal (doutorado); 3) A Obesidade na Contemporaneidade: Mulheres na eminência da cirurgia bariátrica. 4) Avaliação propositiva das ações de alimentação e nutrição em atenção primária à saúde por meio da modelagem lógica no estado do Mato Grosso do Sul (mestrado); 5) Educação Permanente para a implementação da linha de cuidado da obesidade no SUS de São José do Rio Preto (SP): análise do processo de ensino e aprendizado com as equipes participantes (Pós-doutorado); Percepção de graduandos em Nutrição de dois contextos geográficos sobre a inserção do profissional nutricionista na rede de Atenção Básica do SUS (Iniciação Científica).

Os trabalhos voltados à obesidade e suas comorbidades, muitos dos quais de cunho biomédico, foram desenvolvidos em parceria com os serviços de cirurgia bariátrica de Piracicaba, Botucatu e, mais recentemente, São José do Rio Preto, sempre com aproximação com a atenção básica desses municípios. Em 2014, uma proposta para o trabalho em Botucatu do nosso grupo foi selecionada e publicada pela Organização Pan-americana de Saúde “Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde.” Os alunos de graduação tem sido envolvidos como bolsistas e nas disciplinas. Por exemplo, no ano de 2016, preparamos e oferecemos o curso à distância “Vida leve: pensar e agir frente a obesidade”, orientado na disciplina de teoria e prática da comunicação, com 350 participantes. Materiais audiovisuais tem sido sistematicamente preparados por alunos e bolsistas.

No âmbito do convênio com o, então, Ministério do Desenvolvimento Social, coordenamos oficinas regionais nos estados de São Paulo (17 regiões) e Paraná (22 regiões) e cursos de formação em nível de extensão e especialização EAD. Dessa experiência derivamos o desenho da proposta de formação aqui apresentada. Em São Jose do Rio Preto desenvolvemos um curso de extensão semi presencial com metodologias ativas para o manejo interdisciplinar da obesidade. Os resultados na formação da equipe foram surpreendentes.

No período de fevereiro à agosto de 2020, a coordenadora foi contemplada com a Chamada CNPq/Ministério da Cidadania Nº 20/2019 – Desenvolvimento de Cursos de Capacitação para Agentes de Políticas Sociais, e desenvolveu o curso "Estatística Básica para Políticas Públicas (Processo 443426/2019-8)". Essa experiência foi de grande valia para a equipe do INTERSSAN, uma vez desenvolvemos um curso de formação para técnicos da política de assistência social dos estados e municípios, em formato EAD e sem tutoria. Essa experiência vem somar ao trabalho desta chamada, uma vez que o produto final foi muito bem avaliado pela equipe do Ministério da Cidadania. Um conteúdo teórico que pode não ser muito atrativo na modalidade EAD, mas que a experiência da equipe conseguiu traduzir e tornar mais agradável para o meio digital.

No quadro 2, a experiência do INTERSSAN com cursos de formação.

Quadro 2: Sistematização dos cursos de formação ofertados pelo INTERSSAN, período 2015-Atual.

| Nome do curso | Ano | Oferta | Inscritos | Matriculados | Evasão | Aprovados | Recursos |
|---|--|--------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|
| Interanutri Agente de SAN | 2015 | 500 | 581 | 581 | 50% | 290 | MCTIC/MDS |
| Desvendando o SISAN | 2016 | livre | 807 | 807 | 85% | 122 | MCTIC/MDS |
| Pensar e agir frente a obesidade | 2016 | 200 | 200 | 200 | 65% | 70 | MCTIC |
| Linha de cuidado à obesidade com foco na Segurança Alimentar e Nutricional - I | 2018 | 20 | 8 | 8 | 0% | 8 | MCTIC/MDS |
| Linha de cuidado à obesidade com foco na Segurança Alimentar e Nutricional - II | 2018 | 10 | 7 | 8 | 30% | 7 | MCTIC/MDS |
| SSAN e DHAA para População Negra, Comunidades Quilombolas, Povos de Matriz | 2018 | 200 | 735 | 735 | 92% | 53 | MCTIC/MDS |
| Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional para la Comunidad Universitaria | 2018 | 250 | 395 | 395 | 55% | 179 | MCTIC |
| Aprofundando conhecimentos: Construindo Planos de SAN nos Municípios Paulistas e Paranaenses | 2017 | 1500 | 1475 | 1475 | 33% | 993* | MDS |
| Aprofundando conhecimentos: Construindo Planos de SAN nos Municípios Paulistas e Paranaenses II (sem tutoria intensiva) | 2019 | 1500 | 1455 | 1455 | 82% | 258** | MDS |
| Especialização em Segurança Alimentar e | 2016-17 | 120 | 475 | 120 | 27,50% | 87 | MCTIC/MDS |
| Especialización em Seguridad Alimentaria y | 2016-17 | 20 | 50 | 20 | 20% | 16 | MCTIC |
| Especialização em Segurança Alimentar e Nutricional, UNESP/UNILAB | 2019-20 | 50 | 554 | 50 | em andamento | | MCTIC |
| - Curso de Especialização em Segurança Alimentar e Nutricional 2020-2021 (dupla titulação UNESP / UniZambeze) | 2020-2021 | 100 | 201 | 134 | em andamento | | MCTIC |
| - Curso de Extensão a Distância Formadores em Cenários Digitais de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional – Agosto de 2019 a Abril de 2020 | Ago 2019-abr 2020 | | 62 | 62 | 47% | 29 | MCTIC |
| Curso de Extensão a Distância Pesquisa Participante em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional | JUN-DEZ 2020 | | 63 | 59 | em andamento | | MCTIC |
| Especialização Obesidade em Saúde Pública | 2019-2020 | 25 | 25 | 20 | em andamento | | Pago |
| | Envolveram conteúdos produzidos por bolsistas do MDS | | | | | | |
| | Planejados para atender metas do MDS | | | | | | |
| | Desenvolvidos com outros propósitos | | | | | | |
| MDS = Ministério do Desenvolvimento Social | MCTIC= Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações | | | | | | |
| *Na versão I foram emitidos certificados conforme a carga horária de 4 a 64h, o que elevou o número de aprovados. | | | | | | | |
| ** concluíram 64h de curso, 16 módulos e o curso foi executado sem tutoria direta. | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>Contrapartida da instituição executora</p> | <p>Destaca-se que o Centro de Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional - INTERSSAN/IBB/UNESP irá oferecer contrapartida de bolsas para a complementação das ações, especialmente junto a frente de formação e pesquisa, além do carro próprio para locomoção no Estado.</p> <p>A carga horária docente dedicada ao projeto foi estimada em 826.200,00 nos 36 meses.</p> |
| <p>Estratégias de difusão científica e tradução do conhecimento previstas para divulgação dos resultados e produtos do projeto</p> | <p>O INTERSSAN já conta com os seguintes recursos para facilitar o processo de comunicação:</p> <p>1) Equipe de comunicação apoiada pelo departamento de Design da Faculdade</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>de Arquitetura, Artes e Comunicação, viabilizando a identidade visual do projeto, o design gráfico e virtual.</p> <p>2) Unidade NutriSSAN – uma unidade NutriSSAN no Portal NutriSSAN/RNP permite autonomia para o uso de Webconferência e a criação de SIG's (Special Interest Group). Já temos o SIG-Obesidade, que vem discutindo as políticas para prevenção controle da obesidade em países da América do Sul. A proposta é ampliar o uso deste recurso e promover debates de interesse geral, em linguagem acessível a todos os trabalhadores da saúde, principalmente dos envolvidos nos processos de formação. Também se pretende organizar apresentações e debates entre os pesquisadores. Além dos parceiros na América do Sul, temos parceiros na Espanha, em Portugal e nos Estados Unidos, os quais serão convidados a contribuir. Esse meio de comunicação é muito potente, há que se fortalecer a cultura do seu uso e garantir o acesso à internet.</p> <p>3) Site da Rede-SANS (www.redesans.com.br) – O site está há seis anos no ar, tem um elevado número de acessos. É a partir dele que são divulgadas as atividades da comunidade do INTERSSAN (que contempla a comunidade acadêmica (GISSAN: grupo</p> |
|--|--|

integrador do ensino, pesquisa e extensão em soberana e segurança alimentar e nutricional da UNESP) e a Rede-SANS: rede de defesa e promoção da alimentação saudável, adequada e solidária (com representantes do poder público e da sociedade civil). O site permite o acesso aos cursos online. Divulga notícias e a produção do INTERSSAN/Rede-SANS.

- 4) Portal INTERSSAN – vem sendo desenvolvido para a gestão dos nossos projetos e a difusão de tecnologias sociais.
- 5) Recursos audiovisuais – o INTERSSAN, além das salas para equipes de projetos e de aula, dispõe de sala de videoconferência e estúdio para gravação de vide aulas e outras mídias educativas. O INTERSSAN dispõe de um técnico de serviço áudio visual.
- 6) NEAD-TIS – é um núcleo de educação a distância com equipamentos para elaboração e transmissão de vídeo aulas, salas de treinamento e equipe de suporte técnico para a plataforma Moodle, incluindo a gravações e edições de aulas por EAD.

Estratégias de difusão e tradução do conhecimento para esse projeto

- Livro

Será organizado um livro, formato e-book disponibilizado de forma gratuita, sobre a experiência do projeto nos municípios de estado de SP. Participação da composição e redação do livro todos os profissionais envolvidos na equipe de coordenação e execução, além dos gestores lócuo-regionais e dos atores envolvidos com as comunidades tradicionais.

- EBOOKS

Serão 8 e-books, sistematizados a partir da produção didática realizada para os cursos de formação.

- Artigos

Serão elaborados 4 quatro artigos durante a execução do projeto. Iremos desenhar os recortes, objetivos e delineamento metodológico juntamente com a equipe gestora ampliada, que irá trabalhar o projeto

- Site Rede-Sans - notícias e vídeos de difusão dos passos do projeto

Será construída uma página para o projeto e hospedada dentro do site da REDE-Sans. Serão postadas mensagens mensais de andamento e passos do projeto, além de postagens de Webinários realizados para o projeto. Os temas dos webnários serão apontados pela equipe de gestão ampliada.

| | |
|--|---|
| | <p>-Mapa municípios</p> <p>Será realizado geoprocessamento para todos os municípios que participam do projeto, dos recursos do território. Serão identificados: equipamentos de saúde, projetos de hortas, agricultores familiares, projetos coletivos de promoção-prevenção da saúde, e demais itens apontados pela equipe de gestão ampliada e alunos inseridos no processo de formação. Para tanto, será utilizado a plataforma ArcGIS, já disponível para a pesquisa (Rede-SANS, 2011-2012).</p> <p>- Vídeo documentário</p> <p>Será uma construção de vídeo documentário, cujo objetivo será retratar de forma lúdica e educativa a organização das RAS para DCNT nos territórios vivos, onde estaremos realizando o campo desse trabalho. Ele terá cunho educativo-reflexivo, podendo ser utilizado para a formação de estudantes de graduação, pós graduação, educação permanente de profissionais de saúde que estão dentro os pontos da rede de atenção e até mesmo grupos da sociedade civil. Será apresentado com máximo de 40min e com todos os requisitos de acessibilidade(tradução de libras, legendas em português e arquivo de áudio-descrição).</p> |
| | |

Referências bibliográficas e documentos utilizados

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.284p.

BERBEL, N. A.N.. A metodologia da problematização com o Arco de Mareguéz - uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina - EDUEL, 2012

BRANDÃO, C. R. A participação da pesquisa no trabalho popular. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). Repensando a pesquisa participante. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 24 janeiro 2018.

BRASIL. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999 . Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 15 de junho de 1999

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de Educação Permanente em Saúde. PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>. Acesso em: 15 set 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

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; 2011b. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1831-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 424 de 19 de março de 2013. Republicada em 28 de junho de 2013 com correções. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 123 de 28 jun. 2013a. Seção 1, p. 55-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013. Republicada em 15 de abril de 2013 com correções. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 71 de 15 de abril de 2013b. Seção 1, p. 59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. 156 p. : il

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da

Saúde; 2014b. 212p. (Cadernos de Atenção Básica, no 38). ISBN 978-85-334-2121-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: CAISAN; 2014. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA N° 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de melhoria da qualidade da atenção básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Nasf. Versão Preliminar. Brasília-DF, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al.(org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo&Rochischild, 2008.

CASTELLS, M. Toward a Sociology of the Network Society. *Contemporary Sociology*, 2000, 29 9 (5):693-699. Available from: <http://links.jstor.org/sici?sici=00943061%28200009%2929%3A5%3C693%3ATA%3E2.0.CO%3B2-8>

COSTA, Luciane da Graça. As Políticas Públicas dos Cuidados Primários ao Excesso de Peso no Brasil e em Portugal. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas para obtenção de Título de Doutor em Alimentos e Nutrição. Araraquara, 2020.

DATASUS. Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIH- SUS). Acessado em: 03/09/2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

DEMO, P. Pesquisa Participante: saber pensar e intervir juntos. 2. ed. Brasília, DF: Liber, 2008.

DIÁZ BORDENAVE, J. D. El método del arco: una forma de hacer educación problematizadora. *Decisio* 2005, 46-50.

EVANGELISTA, Mayara et al . Determinants of food and nutrition actions in primary healthcare clinics in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. chil. nutr.*, Santiago , v. 46, n. 5, p. 518-526, out. 2019 . Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500518&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500518>.

EVANGELISTA, Mayara Martins et al . Randomized controlled trial protocol: A quanti-quali approach for analyzing the results of an intervention on the waiting list for bariatric surgery. *Rev. Nutr.*, Campinas , v. 32, e180234, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732019000100522&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2020. Epub Aug 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e180234>.

FAERMAM, L. A. A Pesquisa Participante: suas contribuições no âmbito das Ciências Sociais. *Rev. Ciências Humanas* 2014, 7(1):41-56.

FLACSO.BRASIL. Guia do Diagnóstico Participativo. Acessado em: 29/08/2020. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo.pdf>.

FONSECA AF, MENDONÇA MH. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: Guizardi F, Nespoli G, Cunha ML, et al., organizadores. *Políticas de Participação e Saúde*. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2014, p. 197-224.

FREIRE P. Educação como prática de liberdade. 22a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996. 160p.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 165p.

GBD RISK FACTORS COLLABORATORS. Health effects os overweight and obesity in 195 countries over 25years. *GBD 2017. The New Englad Journal of Medicine*. v. 377, n. 1, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010a,b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios: segurança alimentar: 2004-2009. Rio de Janeiro; 2010c.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IDF. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la Fid. Novena Edición, 2019. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Pesquisa nacional de saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>. Acessado em 15 set 2018.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface Comunicação Saúde e Educação, 2017; 21(61):421-34.

LIMA, V. V. PEREIRA, S. M. S. F., OLIVEIRA, M. S. de. Avaliação. In: OLIVEIRA, M. S. de, et al. Preceptoria no SUS: caderno do curso 2017. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 70p. (Projetos de Apoio ao SUS)

MALTA DC, et al. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. Rev Bras Epidemiol Suppl Pense 2014:267-276.

Malta DC, Mendes-Felisbino MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al. Fatores de risco relacionado à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2017; 20(Supl. 1): 217-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500217&script=sci_abstract&lng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>

MALTA, D. C. et al . Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 24, n. 3, p. 373-387, set. 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300373&lng=pt&nrm=iso. acessos em 15 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. C.; CLARO, R. M.; BERNAL, R. T. I.; MONTEIRO, C. A. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol Suppl Pense* 2014:267-276.

MATURANA, Humberto; REZEPKA, SimaNisis. *Formação Humana e Capacitação*; tradução Jaime A. Clasen. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

MENDES, E. V.. *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. de S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012,17(3):621-626.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª. ed. São Paulo, HUCITEC; 2013.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al . ENDEF e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 9, supl. 1, p. S85-S95, 1993 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199300050009&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000500009>

MORIN, EDGAR; CIURANA, EMILIO-ROGER; MOTTA, RAÚL DOMINGO. *Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana*. São Paulo: Cortez, Brasília, DF:UNESCO, 2003. 111p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Brasília: OMS; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. 2014a. ISBN 978 92 4 150690 8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *II Conferência Internacional sobre Nutrição*. Roma, 2014b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Seminar on Noncommunicable Diseases and Human Rights*. Geneva; 2017.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento *Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil*. Atlas do Desenvolvimento Humano; 2010.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. *Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.*

SÃO PAULO. COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. *Constituição das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RAS no Estado de São Paulo*. Deliberação CIB – 36, de 21-9-2011. São Paulo, 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; AZEVEDO e SILVA, G.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; ET AL. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet [Internet]. 2011 [cited 2016 Set 28]; 377(9781):1949-61. Available from: Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext) [Links]

SES-SP. Secretaria De Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis-Departamentos Regionais de Saúde 2015 a 2020. São Paulo, 2020.

SISVAN. Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Ministério da Saúde. Módulo de Relatório Público. Acessado em: 02/09/2020. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>.

SWINBURN, BA et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. THE LANCET COMMISSIONS| VOLUME 393, ISSUE 10173, P791-846, FEBRUARY 23, 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. In: Metodologia da pesquisa-ação. Cortez, 2011.

VIEIRA VL, REIS LC. The future of human nutrition. In: Guiné RPF. (Ed.). Food, diet and health: past, present and future tendencies. New York: Nova Biomedical; 2010. 468 p. ISBN: 9781608760121.

VIEIRA, C. M. et al. Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da REDE-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição de alimentação básica em saúde. Cad. Saúde Coletiva 2013, 21 (4):407-13.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Technical Report Series, 916 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2003 [cited 2015 Jul 27]. Available from: Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf [Links]

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

Apêndice I. Detalhamento dos participantes do projeto e equipe executora

| FUNÇÃO NA EQUIPE | NOME INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO | EXPERIÊNCIAS | <i>Link para CV Lattes</i> |
|-------------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------------|
|-------------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------------|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Coordenadora | Maria Rita Marques de Oliveira – UNESP/IBB | Coordenação de projetos de políticas públicas na área de Alimentação e Nutrição na atenção básica/Segurança Alimentar e Nutricional | http://lattes.cnpq.br/793746890315015 |
| 2. Colaborar com conteúdos de endocrinologia nos cursos de especialização e extensão. | Adriana Lúcia Mendes - UNESP/FMB | Medicina, com ênfase em Endocrinologia e Clínica Médica (diabetes mellitus tipo 2, obesidade e cirurgia bariátrica e dislipidemia) | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4777146H2 |
| 3. Articulação Estadual e interlocução com a Secretaria de Estado | Adriana Bouças Ribeiro | É responsável pelas ações de alimentação e Nutrição no Estado | http://lattes.cnpq.br/5084945332975299 |
| 4. Contribuição com conteúdos de atividade física e participação das atividades de pesquisa. | Alex Harley Crisp - UNIMEP | Atividades físicas e parâmetros de saúde e desempenho físico | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4320039T7 |
| 5. Coordenar a plataforma virtual moodle da UNESP. | Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira - UNESP/FMB | Coordenação do Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde; Telemedicina, Telessaúde, Tele-educação, Educação em saúde, Educação a distância e desenvolvimento de ambientes virtuais de ensino. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4739967P1 |
| 6. Assessoria nos processos formativos | Carla Maria Vieira | Saúde Coletiva, nutrição. Educação permanente, metodologias ativas, pesquisa participativa. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4795286T9 |
| 7. Articulação regional. | Celso Vieira de Souza Leite - UNESP/FMB | Cirurgia Gastroenterologia e Cirurgia Bariátrica | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787244J6 |
| 8. Apoio a formação e articulação na região de marília | Cláudia Rucco Penteadó Detregiachi - UNIMAR | Educação e Nutrição, nutrição clínica, indicadores do estado nutricional, educação nutricional e segurança alimentar e nutricional. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4758505H8 |
| 9. Assessorar construção de instrumentos de diagnóstico, Roteiro para Oficinas de PES e Oficinas de Organização | Daniela Cristina da Silva | Gestão Atenção Primária, Saúde Coletiva, Doenças Crônicas | http://lattes.cnpq.br/6455807294957861 |
| 10. Colaborar com geoprocessamento de dados e mediação das atividades com povos e comunidades tradicionais do litoral paulista. | Davis Gruber Sansolo -UNESP/Litoral Paulista | Planejamento e gestão ambiental, gerenciamento costeiro integrado, unidades de conservação e desenvolvimento territorial e uso público de unidades de conservação | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4728845A1 |
| 11. Planejamento das atividades de comunicação. | Dorival Campos Rossi - UNESP/FAAC | Pesquisa, ensino e extensão na área de Educação, Design, Inovação e Tecnologia | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4785481E3 |
| 12. Gerenciar equipes de design | Guilherme Conti | Motion designer / Gerenciador de equipes | http://lattes.cnpq.br/6808589130818816 |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | transdisciplinares ou Gerenciados de equipes de design | |
| 13. Assessoria nos processos formativos | Humberto Perinelli Neto | História e educação, com ênfase em educação, cultura e diversidade | http://lattes.cnpq.br/8595106386759330 |
| 14. Contribuição voluntária com conteúdos relativos à cirurgia bariátrica. | Irineu Rasera Junior - UNESP/IBB | Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Bariátrica | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4242129U4 |
| 15. Orientar atividades voltadas ao trabalho do psicólogo. | Jacqueline Maria Oliveira Regis - UNESP | Atendimento psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4525106J8 |
| 16. Apoiar o trabalho na região de Marília. | Karina Quesada Bechara - UNIMAR | Avaliação nutricional, consumo alimentar. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4596548J2 |
| 17. Coordenação Técnica | Karina Rubia Nunes (Bolsa DTI-A, UNESP) | Apoio implantação de linha cuidado da Gestante no estado SP, Saúde Coletiva, nutrição, educação a distância. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4771562D6 |
| 18. Coordenar a plataforma virtual moodle da UNESP. | Lucas Frederico Arantes -UNESP/FMB | Tecnologia da Informação e Comunicação na área da Saúde | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4245829E5 |
| 19. Colaborar com conteúdos de agricultura dos quilombolas e mediação das atividades com povos e comunidades tradicionais no vale do Ribeira. | Luis Carlos Ferreira de Almeida -UNESP/Registro | Economia e extensão rural | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4776214U7 |
| 20. Colaborar com conteúdos de nutrição na comunidade | Luiza Cristina Godim Domingues Dias - UNESP/IBB | Nutrição em Saúde Pública com ênfase em avaliação e educação nutricional | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4792594J3 |
| 21. Assessorar as atividades de diagnóstico e avaliação, apoiar o trabalho na região de Santos | Maria Angélica Tavares de Medeiros -UNIFESP | Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional e Saúde do Trabalhador | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4785184D8 |
| 22. Apoiar o trabalho na região de São Jose do Rio Preto | Mayara Martins Evangelista - UNESP/FCFAR | Nutrição clínica, obesidade. | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4452720T3 |
| 23. Colaborar com conteúdos relacionados à nutrição na comunidade. | Renata Maria Galvão de Campos Cintra - UNESP/IBB | Avaliação nutricional de populações e fatores nutricionais em obesidade mórbida | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4780865U2 |
| Assessoria em educação do Campo | Silvia Aparecida de Souza Fernandes | Sociologia, educação do campo e geografia | http://lattes.cnpq.br/5862333278372584 |
| 24. Colaborar com conteúdos relativos à dietoterapia | Thabata Koester Weber - UNESP/IBB | Nutrição clínica; hidratação; suporte nutricional nas enfermidades do aparelho digestório, obesidade e segurança alimentar | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4249867J1 |
| 25. Apoiar o processo de gestão do cuidado | Wilza Carla Spiri - UNESP/FMB | Assistência, enfermagem em saúde pública | http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/view.sualizacv.do?id=K4249867J1 |

| | | | |
|--|--------------------|--|---|
| | | | <i>sualizacv.do?id=K4792984H3</i> |
| 26. Desenvolver Edição para cursos de Formação | Vitor Marchi | designer de produto graduado pela UNESP com experiência profissional em design instrucional, produtos audiovisuais e plataformas online de compartilhamento de projetos. | http://lattes.cnpq.br/3701883885209385 |
| 27. Assessoria Doenças Crônicas Atenção Básica | Walter Witt Junior | Clínica Atenção Básica, Saúde Coletiva, Gestão Serviços. | http://lattes.cnpq.br/1393807049357898 |