

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Marco de Referência da
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
na Atenção Básica



Brasília - DF
2015

**Marco de Referência da
Vigilância Alimentar e Nutricional
na Atenção Básica**

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

Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



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

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

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium
Bloco II, subsolo
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel: (61) 3315-9031
E-mail: <dab@saude.gov.br>
Site: <dab.saude.gov.br>

Supervisão geral:

Eduardo Melo

Coordenação técnica geral:

Patrícia Constante Jaime

Elaboração de texto:

Ana Carolina Lucena Pires
Bruna Pitasi Arguelhes
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Janaína Calu Costa
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Maria Fernanda Moratori Alves
Mayara Kelly Pereira Ramos
Roberta Rehem de Azevedo
Sara Araújo da Silva
Simone Costa Guadagnin
Vivian Siqueira Santos Gonçalves
Wallace dos Santos

Colaboração:

Técnicos do Ministério da Saúde, gestores e profissionais de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e docentes e pesquisadores de instituições de ensino.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

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

56 p. : il.

ISBN 978-85-334-2250-6

1. Atenção Básica. 2. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). 3. Política de Nutrição 4. Saúde Pública. I. Título.

CDU 613.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0011

Títulos para indexação:

Em inglês: Landmark reference of food and nutrition surveillance in primary health care

Em espanhol: Marco de referencia de la vigilancia alimentaria y nutricional en la atención primaria a la salud

SUMÁRIO

Apresentação	7
1 Reconhecendo a construção da Vigilância Alimentar e Nutricional	9
2 A Alimentação e a nutrição na perspectiva da vigilância em saúde	11
3 Por que fazer a Vigilância Alimentar e Nutricional?	15
4 Como fazer a Vigilância Alimentar e Nutricional?	19
4.1 Coleta de dados e produção de informações	19
4.2 Análise e decisão	22
4.3 Ação	24
4.4 Avaliação	27
4.5 A Vigilância Alimentar e Nutricional na prática	28
4.5.1 Programa Saúde na Escola	28
4.5.2 Programa Academia da Saúde	29
4.5.3 Programa Bolsa Família	30
4.5.4 A Vigilância Alimentar e Nutricional para a população em situação de rua	30
4.5.5 Avaliação do estado nutricional de crianças prematuras	31
4.5.6 Avaliação do estado nutricional de pessoas com deficiência	32
4.5.7 Linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade	34
4.5.8 Sistemas de informação em saúde e a Vigilância Alimentar e Nutricional	36
5 Como apoiar a Vigilância Alimentar e Nutricional?	39
Referências	45
Bibliografia complementar	51
Anexo A - Colaboradores	53

Apresentação

A vigilância em saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população para a organização e a execução de práticas mais adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, devendo estar inserida no cotidiano das equipes de Atenção Básica (AB). A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é parte da vigilância em saúde e foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) tem a VAN como uma de suas diretrizes, apontando-a como essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização deverá ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de AB.

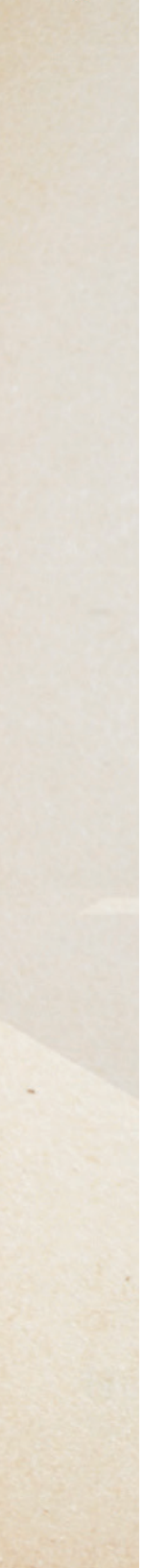
A identificação da situação alimentar e nutricional configura-se, ainda, como importante instrumento para o monitoramento da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na medida em que a análise de indicadores de saúde e nutrição expressa as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, permitindo aos gestores públicos e às instâncias de controle social e de participação da sociedade civil analisar a situação e construir uma agenda de políticas públicas coerentes com as necessidades da população.

O cenário epidemiológico brasileiro apresenta a coexistência de sobrepeso e obesidade, desnutrição e carências de micronutrientes. Nesse contexto, a organização da VAN nos serviços de saúde dos territórios é uma demanda crescente, possibilitando o monitoramento e a avaliação desses agravos e seus determinantes. A VAN pode auxiliar gestores e profissionais na garantia do cuidado integral à saúde, subsidiando a elaboração de estratégias de prevenção e de tratamento dos agravos e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional.

Esta publicação objetiva apoiar profissionais e gestores para a organização da VAN na Atenção Básica e refere-se às equipes de AB como um leque maior de modelagens para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos modelos tradicionais de atenção básica e dos diversos formatos da Estratégia Saúde da Família, também são considerados integrantes das equipes de AB os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Consultórios na Rua, as equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha e os Programas Saúde na Escola e Academia da Saúde.

Trata-se de um marco de referência que identifica, define e esclarece os conceitos e as metodologias da VAN na Atenção Básica, assim como os contextos dos quais essa prática se origina e se insere atualmente.

Para colaborar com seu processo de organização, este marco apresenta a trajetória da VAN no Brasil, reconhecendo-a como parte do processo de vigilância em saúde e como instrumento para a gestão do cuidado no âmbito individual e coletivo, além de apontar para os gestores suas necessidades estruturais e técnicas.



1 Reconhecendo a construção da Vigilância Alimentar e Nutricional

Em meados da década de 1970, alguns setores (como Agricultura, Abastecimento, Economia e Saúde) idealizaram um sistema de informação que subsidiasse as ações de governo por meio de inquéritos e pesquisas. Mas somente a partir da iniciativa do setor Saúde, e para orientar suas ações, surgiram os primeiros esforços no delineamento da história da VAN no Brasil (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; CAMILO et al., 2011).

Os primeiros marcos legais que apoiaram as ações de VAN nos serviços de saúde foram elaborados na década de 1990, destacando-se a Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no Ministério da Saúde; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS); e as Portarias nº 79 e nº 80, de 16 de outubro de 1990, que estabeleceram estratégias de apoio técnico e operacional para a prática de VAN e a implementação do Sisvan.

Alguns grupos de ensino e pesquisa avaliaram a implantação de distintos modelos de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), com o objetivo de subsidiar as ações de promoção da saúde e alimentação adequada. Em 1994, o Sisvan passou a ser indicado como pré-requisito para o financiamento e a implantação de programas assistenciais com foco na recuperação da desnutrição e no cuidado de crianças e gestantes em risco nutricional, como no caso do programa “Leite é Saúde” e, mais tarde, do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN).

A vinculação do Sisvan a programas assistenciais expandiu sua implantação, mesmo que focada em grupos específicos. Com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, foi reforçada a preocupação com a vigilância do estado nutricional de gestantes e do crescimento e desenvolvimento das crianças. Por meio da terceira diretriz dessa política, o Sisvan foi ampliado e aperfeiçoado, tendo seus procedimentos agilizados e sua cobertura estendida para todo o País.

Em 2001, a VAN foi incluída na agenda de compromissos das famílias participantes do Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação). O programa repassava recursos financeiros às famílias em situação de pobreza, com crianças menores de sete anos em risco nutricional para a desnutrição. As famílias assumiam, entre outros, o compromisso de levar periodicamente as crianças ao serviço de saúde para realizar as medidas de peso e estatura.

Em 2003, com a unificação dos programas setoriais de transferência de renda e a criação do Programa Bolsa Família (PBF), a VAN do público infantil foi reforçada na agenda de compromissos das famílias e dos serviços de saúde. Tanto o Bolsa Alimentação quanto o PBF ampliaram o acesso das populações em situação de vulnerabilidade social aos serviços de Atenção Básica, contribuindo para a equidade no SUS. Conseqüentemente, promoveram o aumento de cobertura do acompanhamento do estado nutricional de mulheres e crianças no Sisvan.



Outra iniciativa marcante para a expansão das ações de VAN ocorreu a partir de 2004, quando o Ministério da Saúde passou a recomendar que o Sisvan fosse utilizado para o acompanhamento do estado nutricional de indivíduos em todas as fases do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes). Essa recomendação foi intensificada em oficinas macrorregionais e com a implantação da primeira versão informatizada do sistema.

Com o intuito de aprimorar as funcionalidades do Sisvan, facilitando seu uso em nível local e o registro dos acompanhamentos, foi desenvolvido o Sisvan Web, uma versão *on-line* do sistema lançado em 2008. Nessa versão, houve a incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a inclusão de ferramentas para a avaliação de marcadores de consumo alimentar para todas as fases do curso da vida.

Entendendo a necessidade de fortalecer as ações de VAN, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde trabalha o conceito de VAN ampliada, que incorpora diferentes estratégias de vigilância epidemiológica. Nesse sentido, informações provenientes do exercício da VAN na rotina dos serviços de saúde associam-se a outras fontes, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, estudos, pesquisas e outros SIS (COUTINHO et al., 2009).

A atualização da Pnan, pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, reforça essa concepção de VAN e destaca sua importância para a organização da atenção nutricional no SUS, indicando, dessa forma, a necessidade de ampliar sua prática historicamente restrita aos públicos biologicamente mais vulneráveis ou aos beneficiários de programas assistenciais.

A Pnan destaca que o Sisvan Web e outros SIS devem ser utilizados para o diagnóstico nutricional da população, reconhecendo as experiências estaduais e municipais de VAN que utilizam SIS próprios, assim como a possibilidade de desenvolvimento de outros sistemas nacionais que incorporem o registro de dados relativos à alimentação e ao estado nutricional dos usuários do SUS.

Essa abordagem visa reverter a associação da VAN unicamente à implantação do sistema de informação, a exemplo de outras áreas de vigilância em saúde. O investimento em sistemas de informação não garante, isoladamente, a organização da atenção nutricional e o efetivo acompanhamento da saúde de toda a população.

Realizar a VAN significa a utilização efetiva dos dados individuais e coletivos na organização e na avaliação da oferta do cuidado na RAS. Nesse novo cenário, busca-se reforçar que os profissionais atuantes na Atenção Básica e os gestores do SUS reconheçam e implementem a VAN como parte da organização na atenção integral à saúde.

2 A alimentação e a nutrição na perspectiva da vigilância em saúde

A vigilância em saúde objetiva fornecer subsídios para que gestores e profissionais qualifiquem a atenção integral às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, pressupõe a análise contínua da situação de saúde da população, que abrange tanto a dimensão técnica de combinações tecnológicas destinadas a controlar determinantes, riscos e danos quanto a dimensão gerencial que organiza os processos de trabalho, confrontando os problemas e necessidades de saúde num dado território (AREAZZA; MORAES, 2010).

Nesse sentido, a vigilância é uma atitude primordial para avaliação, planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, subsidiando as ações em âmbito individual, familiar e comunitário, sendo parte fundamental do processo de desenvolvimento de políticas públicas (BRASIL, 2006; 2009c).

A VAN se insere nessa perspectiva, tendo em vista a estreita relação entre a Segurança Alimentar e Nutricional¹ (SAN) e as condições de saúde de sujeitos ou populações. Como um componente da vigilância em saúde, a VAN possibilita a descrição contínua e a predição de tendências da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes.

Para reorganização das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica, visando à integralidade da atenção, é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território, assim como os possíveis aspectos promotores de sua saúde. Dessa forma, a utilização desse conhecimento contribui para organização de seu processo de trabalho.

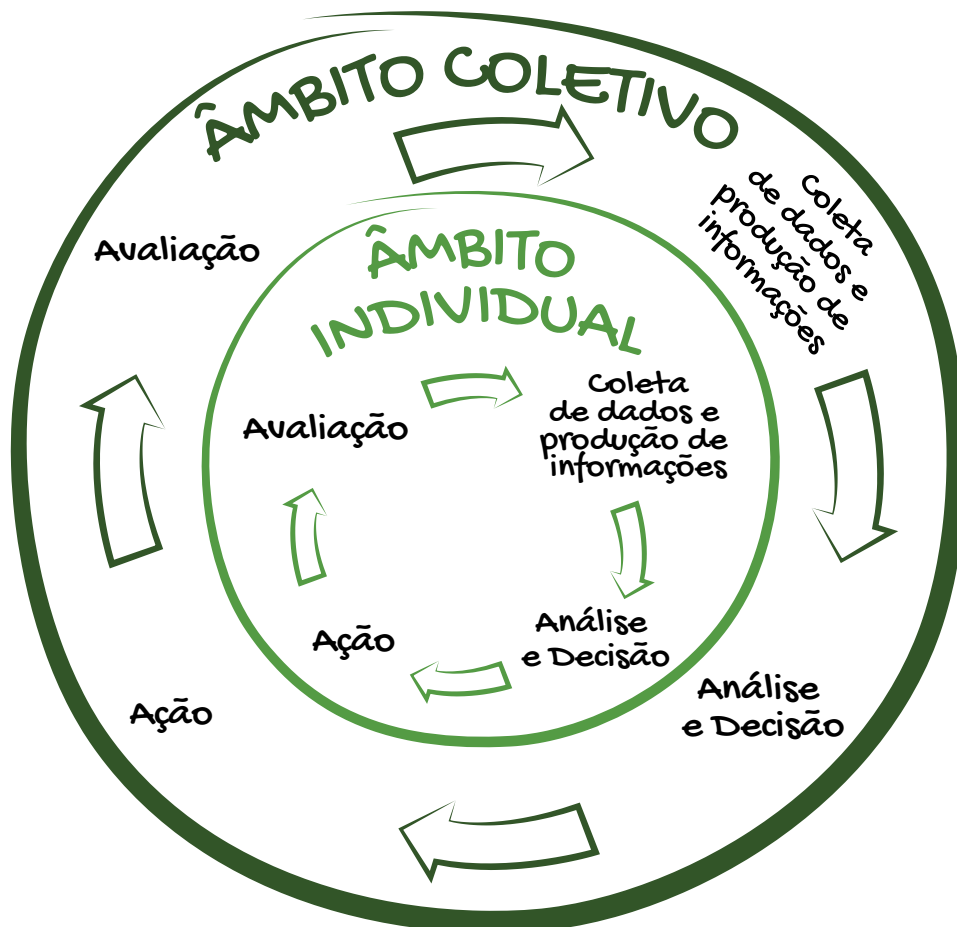
A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho das equipes de Atenção Básica. Essa prática possibilita pensar e fazer saúde com base no contexto de cada realidade social, cujos acontecimentos que afetam a vida, e conseqüentemente a saúde das populações, são decorrentes de interações e situações diversas (MONKEN; BARCELLOS, 2007). É importante que todos os profissionais das equipes de AB, inclusive aqueles que atuam no apoio matricial a estas equipes, participem desse processo de olhar contínuo sobre o território.

No contexto da VAN é fundamental cartografar o território que se apresenta e conhecer como se dão as relações, as tradições e os costumes adotados pela comunidade no tocante às práticas alimentares.

Para exercer atitude de vigilância, recomenda-se utilizar como referência o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, ilustrado na **Figura 1**. Esse ciclo abrange etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no âmbito individual como nos atendimentos de rotina na UBS ou em domicílio, quanto no coletivo, quando se analisam as informações consolidadas por território.

¹ Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômico e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Figura 1 – Ciclo de gestão e produção do cuidado



Fonte: DAB/SAS/MS.

No exercício da VAN e para apoiar as ações de saúde e nutrição é importante identificar as redes de apoio disponíveis, como os equipamentos sociais (escolas, creches, centros de assistência social, outros serviços de saúde de referência, espaços comunitários para prática de atividade física e lazer, igrejas, associações ou grupos organizados), bem como reconhecer os espaços de produção, distribuição e comercialização de alimentos, tais como: feiras livres, supermercados, quitandas, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, mercados públicos, lanchonetes e bares, entre outros.

Em territórios onde há prática agrícola, na zona rural ou até mesmo na zona urbana, conhecer o que é produzido e a relação das famílias e da comunidade com esta produção também contribui para que as equipes de AB analisem os determinantes da situação alimentar e nutricional.

Além da dimensão espacial, cabe a observação da cultura alimentar, à medida que esta não é uma atividade puramente biológica, mas que recebe interferência direta dos hábitos e das tradições alimentares que a coletividade lhe atribui, pois estes envolvem as diversas técnicas empregadas para encontrar, processar, preparar, servir e consumir os alimentos (FREITAS, 2008). Também se insere neste contexto a influência da religião ou filosofia adotada pelo sujeito ou grupo populacional, que afeta o consumo de determinados alimentos, assim como outros fatores, como a mídia, moda ou outros agentes externos.

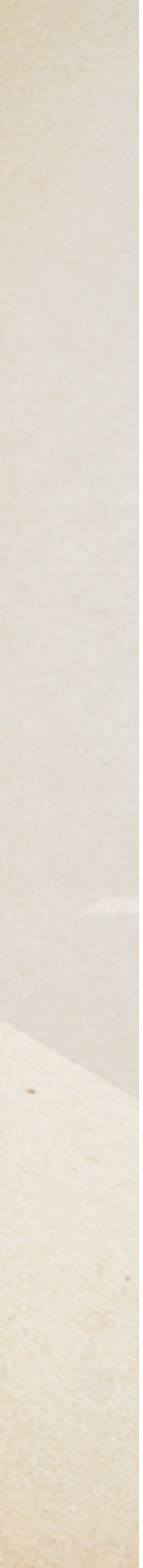
Outro fator determinante sobre a situação alimentar e nutricional é o acesso ao alimento, posto que rendimentos muito baixos podem afetá-lo e incidir negativamente sobre a situação de SAN das famílias. Essa situação requer atenção dos profissionais da AB, no sentido de se articular com outras instâncias no território que possam permitir o apoio social necessário e a construção de alternativas para garantir às famílias o acesso aos alimentos ou a meios que lhes permitam consegui-los de forma autônoma.

No Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado é preciso analisar os resultados obtidos na coleta buscando um diagnóstico da situação de saúde individual e coletiva. É importante que o diagnóstico seja compartilhado com os diferentes atores envolvidos na vigilância em saúde e que estes façam parte do delineamento de ações propostas a partir deles que atendam às reais necessidades da população.

A Atenção Básica deve ser a ordenadora da RAS, ou seja, reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizá-las em relação aos outros pontos de atenção (como serviços ambulatoriais especializados e hospitais, entre outros), e contribuir para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades dos usuários. Compete, assim, à Atenção Básica coordenar o cuidado por meio da elaboração, do monitoramento e da gestão de projetos terapêuticos, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários nos pontos da RAS (BRASIL, 2012b).

As informações produzidas a partir das práticas de vigilância em saúde das equipes de AB, inclusive acerca de alimentação e nutrição, subsidiam os profissionais e os gestores no aprimoramento e na definição de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado. Os dados consolidados das ações de VAN podem, por exemplo, apoiar os profissionais dos Nasf na discussão e análise de casos e incidentes críticos e na elaboração de critérios de estratificação de risco e vulnerabilidade para determinado grupo de usuários.

Em síntese, a VAN, como componente da vigilância em saúde e potencializada nas ações de Atenção Básica, tem o papel fundamental de apoiar gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam definidas prioridades com base no acompanhamento de indicadores de alimentação e nutrição da população assistida (BRASIL, 2012a).



3 Por que fazer a Vigilância Alimentar e Nutricional?

O Brasil tem acompanhado mudanças globais no perfil populacional no que tange às principais questões de saúde pública. A redução nos coeficientes de fecundidade e mortalidade, associada ao aumento da expectativa de vida, caracteriza a transição demográfica. Concomitantemente ocorre a transição epidemiológica, marcada pela redução na prevalência de doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais (ligadas principalmente à pobreza, à falta de saneamento básico e à falta de acesso aos serviços de saúde) e pelo aumento das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011; BARRETO et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; IBGE, 2009).

Já a transição nutricional está associada às transições demográfica, epidemiológica e alimentar. Ela se caracteriza por mudanças importantes nos hábitos alimentares da população brasileira nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito à diminuição do consumo de alimentos tradicionais da dieta (como arroz, feijão e farinha de mandioca) e ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, bebidas açucaradas, macarrão instantâneo, biscoitos recheados, entre outros (IBGE, 2010; MONTEIRO et al., 2000; POPKINS, 1994).

Evidências associam esse conjunto de alterações ao ganho excessivo de peso e ao aumento da incidência de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (WORLD CANCER RESEARCH..., 2007).

O estado nutricional influencia diretamente as condições de crescimento e desenvolvimento e o risco de morbimortalidade da população como um todo. Portanto, o acompanhamento da situação nutricional configura-se como ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde (MONTEIRO et al., 2009).

O aumento da ocorrência da obesidade está associado a fatores sociais, econômicos, ambientais e genéticos, além de estar ligado a uma rede complexa de fatores relacionados aos modos de vida, como os hábitos alimentares inadequados e os comportamentos sedentários. A prevalência de excesso de peso no Brasil apresentou crescimento expressivo nos últimos anos em todas as faixas etárias. Em adultos, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, 50% dos brasileiros apresentavam excesso de peso, sendo que 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres adultas apresentavam obesidade, sendo esta considerada uma epidemia no Brasil (IBGE, 2010).

Adultos jovens estão sob o risco de obesidade devido ao ganho de peso em excesso na transição da infância ou da adolescência para a fase adulta. Os períodos mais críticos para o desenvolvimento da obesidade estão na primeira infância e na adolescência (CONDE; BORGES, 2011). Quando a obesidade se manifesta na infância, o risco de se tornar um adulto obeso é ampliado. Há evidências de que, a partir dos 6 anos, aproximadamente uma a cada duas crianças obesas torna-se um adulto obeso, enquanto apenas uma a cada dez crianças não obesas alcança o mesmo desfecho quando adulta (GUO et al., 2002).

Por outro lado, a desnutrição ainda é um cenário bastante preocupante no País, mesmo com a redução em sua prevalência nos últimos anos. Os indicadores de alimentação e nutrição analisados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, e pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da

Mulher (PNDS), em 1996 e 2006, mostraram expressiva redução na desnutrição infantil. O déficit de peso reduziu de 5,4% para 1,8%, enquanto que o déficit de estatura passou de 19,6% para 6,7% no mesmo período.

A ocorrência desse agravo na infância, diagnosticado com base no retardo do crescimento infantil, é um dos maiores problemas de saúde pública enfrentados por países em desenvolvimento, estando associado ao maior risco de doenças infecciosas e de mortalidade precoce, ao comprometimento do desenvolvimento psicomotor, ao menor aproveitamento escolar e à menor capacidade produtiva na idade adulta (MONTEIRO et al., 2000).

Apesar da queda nacional da desnutrição infantil, ainda persistem desigualdades regionais, de renda e étnico-raciais. A Região Norte tem apresentado menor magnitude na redução da desnutrição nos últimos anos. Além disso, a prevalência da desnutrição crônica (déficit de estatura para idade) nessa região ultrapassa o dobro da prevalência nacional (14,7% contra 6,7%) (BRASIL, 2009b). Entre as crianças indígenas, o déficit de estatura em 2008-2009 era de 26% (CONSEA, 2010). Entre as quilombolas, essa condição chega a 15% (BRASIL, 2007). Para as crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, a desnutrição crônica foi reduzida de 16,8% para 14,5% entre os anos de 2008 e 2012 (LIMA, 2013).

Esse cenário demonstra que é fundamental realizar o acompanhamento do estado nutricional e das práticas alimentares de forma constante e sistemática, visando à obtenção de dados fidedignos e possibilitando o planejamento e o desenvolvimento de políticas focadas na melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população. Da mesma forma, o monitoramento dos condicionantes de saúde permite a identificação das principais necessidades e a elaboração de planos de ação com objetivos claros e metas determinadas.

Figura 2 – Registro de dados antropométricos



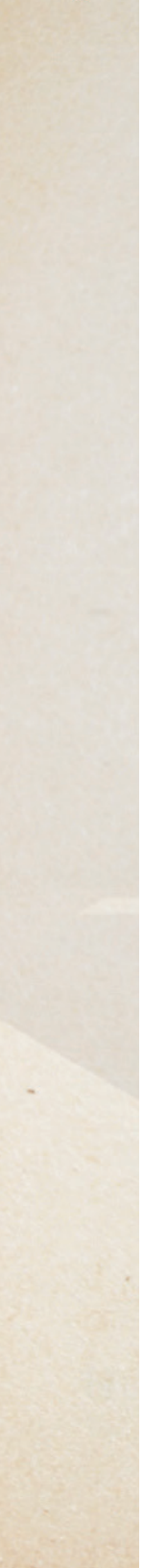
Foto: Radilson Gomes.

A VAN subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável no SUS, contribuindo para a qualificação do cuidado na Atenção Básica. Auxilia também no controle e na participação social e no diagnóstico da situação de SAN no âmbito dos territórios. A VAN deve apoiar os profissionais

de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, possibilitando ações individuais (como acompanhamento clínico adequado) e/ou coletivas (como oficinas culinárias, entre outras).

Com isso, fica evidente a importância de fortalecer a atitude de vigilância, especialmente da VAN, que pode ser realizada por meio de diferentes estratégias, associando as informações provenientes dos serviços de saúde e de outras fontes, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, demais produções científicas e outros SIS.

A articulação das diferentes estratégias de VAN poderá produzir um conjunto de indicadores de saúde e nutrição com a abrangência de um território, uma unidade de saúde, uma região, uma cidade ou um país, favorecendo o planejamento de ações mais adequadas às necessidades de saúde daquela população. Dessa forma, potencializa-se a contribuição do SUS para a garantia do DHAA, bem como para a segurança alimentar e nutricional.



4 Como fazer a Vigilância Alimentar e Nutricional?

Em seu trabalho cotidiano, as equipes de AB precisam equacionar a oferta organizada de serviços, seja sob demanda programada ou espontânea, com base na análise da situação de saúde da população do território. Essa oferta exige constante conformação dos processos de trabalho das equipes, incluindo as práticas de vigilância em saúde, para a melhoria da identificação das necessidades de saúde dos usuários e, conseqüentemente, da melhor organização do acolhimento e do acesso destes aos serviços adequados, promovendo a resolubilidade no âmbito da AB ou por meio da coordenação do cuidado junto a outros pontos de atenção da RAS.

É fundamental observar como as características do processo saúde-doença em um dado território e população se modificam ao longo do tempo e identificar quais fatores estão associados a ele, comparando os dados locais com cenários mais amplos, como os dados do município, do estado, regionais e nacionais.

Como abordado no Capítulo 2, com relação a VAN é necessário conhecer tanto o estado nutricional da população quanto os aspectos relacionados às suas práticas alimentares. Cabe ressaltar que a VAN deve ser desvinculada do caráter unicamente investigativo, tornando-se parte do processo de trabalho com objetivo de subsidiar a construção de práticas de cuidado que apoiem indivíduos, famílias e comunidade na promoção de sua saúde, na prevenção e no tratamento de agravos e doenças relacionados à alimentação e nutrição.

O exercício da vigilância em saúde deve ser contínuo e sistemático, para tanto, optou-se em apresentar as particularidades da VAN a partir das etapas de um ciclo que pode representar tanto a produção e gestão do cuidado no âmbito dos serviços de saúde, quanto o processo de construção e gestão de uma política pública. Estas etapas podem ser empregadas tanto no nível individual quanto no coletivo, lembrando-se dos diferentes espaços e momentos onde a VAN pode ser realizada, como nos atendimentos realizados na própria UBS ou em domicílio, e outros espaços do território, como as escolas, as creches, entre outros.

4.1 Coleta de dados e produção de informações

Esta etapa refere-se à obtenção de dados que subsidiem a geração de informações sobre o estado nutricional e as práticas alimentares. Recomenda-se que na Atenção Básica sejam realizadas as avaliações antropométrica e de consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Para a avaliação antropométrica deverá ser observada a aplicação correta do método, a disponibilidade de equipamentos adequados e em boas condições de uso e de um ambiente apropriado, que atenda às recomendações do manual sobre estrutura física das UBS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a). Como referência para a avaliação antropométrica, consulte a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011a) e os Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2008b).²

² Para acessar esses materiais, consulte: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>.

Para este momento, destaca-se a necessidade de contar com profissionais aptos à aferição de medidas antropométricas e que devem ter adequado conhecimento a respeito, cordialidade e ética no trato com as pessoas. É importante realizar as avaliações em locais reservados, evitar revelar as informações obtidas a terceiros e garantir que a equipe de AB esteja preparada para oferecer orientações em relação aos dados coletados.

Tendo em vista a qualificação do cuidado, é salutar que o acompanhamento nutricional seja complementado com a avaliação do consumo alimentar. Devem ser analisados os aspectos relacionados ao acesso e à disponibilidade dos alimentos, assim como fatores biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais relacionados à alimentação.

Também é importante a observação de características específicas das populações dos territórios, como hábitos e tradições alimentares e locais de produção, distribuição e comercialização de alimentos, entre outras.

É recomendado que a avaliação do consumo seja realizada na rotina dos serviços de Atenção Básica, de forma a permitir a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação. Para a avaliação de marcadores do consumo alimentar, são utilizados formulários que têm por objetivo simplificar a coleta de dados e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual. A identificação de características da alimentação de determinado grupo possibilita o planejamento de ações no âmbito coletivo.

Figura 3 – Atendimento individual



Foto: DAB/SAS/MS.

Os marcadores de consumo alimentar não se propõem a avaliar a participação de nutrientes específicos da dieta, substituir a anamnese alimentar mais detalhada ou reproduzir os instrumentos utilizados em inquéritos populacionais. Seu objetivo é ser uma ferramenta útil e prática para apoiar as equipes de AB na identificação de inadequações na alimentação e no fornecimento de subsídios para orientação acerca da promoção da alimentação adequada e saudável.

São três tipos de formulários: um destinado a crianças menores de 6 meses, outro para crianças de 6 a 23 meses e um para indivíduos com 2 anos ou mais. Apresentam como característica a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior à avaliação, o que

ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada anteriormente.

As questões trazidas pelo formulário de menores de 6 meses orientam o profissional de saúde para a captação de informações sobre o aleitamento materno e a introdução precoce de outros alimentos. O conjunto de questões destinado a crianças de 6 a 23 meses visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno e à identificação de marcadores de risco ou proteção para a carência de micronutrientes (vitaminas e minerais) e a ocorrência de excesso de peso. O formulário destinado à avaliação da alimentação de indivíduos com 2 anos de idade ou mais (o que inclui crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) foi estruturado para identificar marcadores de consumo de alimentos e bebidas e práticas relacionadas ao ato de comer, como o costume de pessoas que realizam suas refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou no celular.

A avaliação dos marcadores do consumo alimentar deve ter significado maior do que manter atualizados os registros da população assistida. Tal avaliação deve se refletir no acompanhamento dos indivíduos e as equipes de AB devem reconhecer o seu importante papel na promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

Com a coleta de informações destacadas, é necessário seguir com o adequado registro, seja este realizado na caderneta de acompanhamento do usuário, no prontuário adotado pela unidade de saúde, no sistema de informação vigente ou ainda em outro instrumento destinado ao registro dos dados que irão subsidiar o trabalho das equipes de AB.

O registro da avaliação do estado nutricional (avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar) deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à saúde, conforme recomendação do Ministério da Saúde, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Periodicidade recomendada de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar no sistema de informação em saúde

Faixa etária	Periodicidade de registro
Crianças até 2 anos	Aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses
Indivíduos a partir de 2 anos	No mínimo, 1 registro por ano

Fonte: BRASIL, 2013a, adaptado.

Os profissionais de saúde devem reconhecer e aproveitar diferentes oportunidades para efetivar o cuidado da população sob sua responsabilidade. Assim, é fundamental que para grupos elencados como prioritários as ações de saúde sejam planejadas de modo a evitar que as atividades sejam realizadas repetidamente sem necessidade. Podemos citar, como exemplo, o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, que pode ocorrer durante as ofertas de cuidado já disponíveis na Atenção Básica, como as consultas de pré-natal e de puericultura e as ações no âmbito do Programa Saúde na Escola.

4.2 Análise e decisão

A análise da situação de saúde tem o propósito de promover a identificação de necessidades e prioridades em saúde e, a partir disso, a elaboração de intervenções apropriadas para indivíduos, famílias e/ou comunidades.

A qualidade das ações de alimentação e nutrição é, em grande parte, dependente de adequada avaliação da situação alimentar e de saúde. Logo, é fundamental que as equipes de AB estejam aptas a identificar situações de risco nutricional ou até mesmo condições de vulnerabilidade social que possam repercutir diretamente no estado nutricional da população sob sua responsabilidade.

A análise da situação de saúde deve ocorrer de maneira abrangente tanto no nível individual como no coletivo. É indispensável que, ao identificar um caso de desvio nutricional, como a ocorrência de desnutrição ou excesso de peso, a equipe de AB investigue os fatores de risco associados a essa condição, por exemplo: hábitos alimentares e prática de atividade física, presença ou ausência de doenças ou agravos à saúde, situações de violência, negligência, abandono, entre outros.

A avaliação antropométrica recomendada na Atenção Básica refere-se à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha. As medidas podem ser associadas para a formação de índices com diferentes finalidades, a depender da fase do curso da vida, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Parâmetros para a avaliação antropométrica segundo a fase do curso da vida

Fase do curso da vida	Índices e parâmetros
Crianças menores de 5 anos	IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Estatura; Peso para Idade.
Crianças de 5 a 9 anos	IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Idade.
Adolescentes (de 10 a 19 anos)	IMC para Idade; Estatura para Idade.
Gestantes	IMC por Idade Gestacional.
Adultos (20 a 59 anos)	IMC; Perímetro da Cintura.
Idosos (60 anos ou mais)	IMC para Idoso; Perímetro da Panturrilha.

Fonte: BRASIL, 2011; WHO, 1995.

Alguns dos índices listados a seguir podem ser empregados para crianças ou adolescentes e a interpretação do seu resultado deve considerar as especificidades de cada um deles, conforme a seguinte descrição (WHO, 2008):

Peso para Idade: expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, porém o déficit de peso para a idade observado pontualmente não determina se o quadro é recente ou de longo prazo. Por desconsiderar o comprimento/altura, é necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico.

Figura 4 – Avaliação do estado nutricional



Foto: DAB/SAS/MS.

Estatura para Idade: indica o crescimento linear, apresentando-se como o índice que reflete os efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição em longo prazo, ou seja, o déficit neste índice deve ser interpretado como uma condição crônica.

Peso para Estatura: expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura/comprimento. Mostra tanto o excesso quanto o déficit de peso para determinada estatura, sendo sensível às alterações nas variáveis que o compõem. É um índice muito útil quando não se sabe a idade da criança.

Índice de massa corporal (IMC) para Idade: expressa a relação entre a massa corporal (em quilos) e o comprimento/altura (em metros), sendo utilizado, principalmente, para identificar o excesso de peso. Os índices IMC para a Idade e Peso para a Estatura tendem a mostrar resultados muito semelhantes.

O perímetro da cintura é um indicador para o risco de doenças metabólicas. Esta é uma medida alternativa que reflete a adiposidade abdominal, que está associada a uma série de anormalidades metabólicas, incluindo a diminuição da tolerância à glicose, a redução da sensibilidade à insulina e a desregulação do perfil lipídico, que são fatores de risco para diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares.

Para idosos, além do IMC, é importante compor a avaliação antropométrica com o perímetro da panturrilha, medida mais sensível para a avaliação da massa muscular, cuja redução implica a diminuição da força muscular. Destaca-se, por sua vez, que o perímetro da panturrilha não deve ser utilizado como indicador isolado de avaliação do estado nutricional em idosos (OMS, 1995).

A classificação do estado nutricional pode ser realizada individualmente por meio da utilização das referências disponíveis na Norma Técnica do Sisvan e dos gráficos disponíveis nas cadernetas da criança, do adolescente, do idoso e das gestantes ou pela inserção no sistema de informação vigente.

A classificação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos durante o atendimento na UBS ou no domicílio, por exemplo, é um dos subsídios para o diagnóstico do estado de saúde do indivíduo, que, além da análise de outros aspectos (clínicos, sociais, ambientais, entre outros), permite aos profissionais tomar a decisão quanto ao cuidado a ser ofertado (como a solicitação de exames complementares, o agendamento de uma visita domiciliar para melhor avaliação de aspectos relativos às condições de vida e às relações intrafamiliares, o compartilhamento do caso com outros profissionais, as orientações básicas sobre alimentação adequada e saudável, entre outros).

Nesse momento do ciclo da VAN, os profissionais das equipes de AB deverão colocar em prática a estratificação de risco preconizada nas diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade na RAS (BRASIL, 2013b). Com base na classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), eles poderão identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade (em seus diferentes graus) e, além da análise da presença ou não de comorbidades, poderão decidir quais cuidados devem ser ofertados no âmbito da Atenção Básica e qual será a necessidade de acionar serviços de atenção especializada para a oferta de outros cuidados.

As informações produzidas por meio da análise antropométrica e do consumo alimentar podem embasar desde a escolha do melhor cuidado para um indivíduo até o desenvolvimento de uma estratégia ou política municipal, estadual ou federal. Assim, é essencial que todos os profissionais da equipe de AB se integrem ao processo, de forma que as etapas do ciclo da VAN sejam compartilhadas e que todos compreendam o sentido dessa ação no cotidiano do trabalho.

A realização da VAN deve pautar outros processos na agenda local de saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), contribuindo para que a discussão do tema alimentação e nutrição subsidie o desenvolvimento de ações para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Com isso, o diagnóstico gerado pela VAN passa a ser um potente instrumento para a tomada de decisão não apenas no setor da Saúde, como também para o planejamento intersetorial para a construção ou adequação de políticas e estratégias.

A VAN realizada no âmbito municipal permite que as outras esferas de gestão (regional, estadual, nacional) possam identificar a real situação de saúde e nutrição e propor ou apoiar intervenções mais efetivas.

4.3 Ação

Os modos de cuidar e gerir são mais efetivos quando partem do conhecimento prévio sobre as condições de vida dos indivíduos e da coletividade, como a alimentação, a moradia, a renda e a atividade física, bem como os aspectos clínicos e biológicos e sua interação com o ambiente, a família e a sociedade.

Após decisão quanto ao cuidado a ser ofertado com base na análise do estado nutricional e dos hábitos alimentares, bem como dos possíveis fatores associados

(clínicos, sociais, entre outros), a próxima etapa é a implementação das ações que podem ser direcionadas a indivíduos, famílias ou comunidade.

A ação de cuidado individual pode acontecer em momentos como uma consulta na UBS ou um atendimento domiciliar. O profissional pode: (a) fornecer orientações em saúde e desenhar um plano de cuidado com metas graduais a serem alcançadas até a próxima consulta; (b) agendar uma consulta compartilhada com outro profissional cujo núcleo de saber seja necessário para qualificar o cuidado; e (c) convidar o indivíduo a participar de um grupo terapêutico, entre outros cuidados.

Figura 5 – Atividade de educação alimentar e nutricional



Foto: DAB/SAS/MS.

Se tomarmos como exemplo uma criança menor de seis meses que vem apresentando muito baixo peso para a idade e sua mãe está com dificuldades para amamentá-la e introduziu inadequadamente outros alimentos devido à pressão de familiares (como avós e tias da criança), a ação da equipe de AB deverá estender-se para a família. E, além das orientações quanto à alimentação adequada e saudável para a criança, será necessário construir estratégias de apoio à mãe para que amamente e introduza os novos alimentos de forma adequada e em tempo oportuno, como visitas domiciliares mais frequentes com momentos de conversa que reúnam os demais familiares.

Em âmbito coletivo, as ações devem ser orientadas pelas especificidades encontradas nos diferentes contextos dos territórios, pelas inter-relações entre os sujeitos e pelo envolvimento de outros atores, a fim de estruturar uma rede de compromissos e responsabilidades.

Retomando-se o exemplo anterior, se a equipe de AB, ao analisar os casos de crianças com baixo peso e muito baixo peso do seu território, perceber que em grande parte tais problemas estão relacionados ao desmame precoce e à introdução inadequada de novos alimentos, poderia construir uma ação coletiva de incentivo e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada e saudável. Esta ação poderá envolver as mães e os familiares dessas crianças, mas também mobilizar outros atores do território que possam, em seus espaços de atuação, contribuir para a adoção de práticas alimentares mais saudáveis na comunidade, como os profissionais atuantes nas creches, as lideranças comunitárias, entre outros.

Diversos ambientes ou *lôcus* comunitários podem hospedar ações em âmbito coletivo com base no diagnóstico proporcionado pela VAN, potencializando a articulação com outros equipamentos sociais disponíveis, como escolas, creches, centros da rede

socioassistencial, centros de esporte e lazer, restaurantes comunitários, associações de bairro, entre outros.

Um exemplo dessas ações pode ser a implementação de um plano intersetorial para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no território. O plano pode conter estratégias que envolvam diversos parceiros (instituições públicas, privadas, entidades da sociedade civil e outros) que promovam e apoiem a adoção de modos de vida saudáveis, como práticas de atividade física e de alimentação adequada e saudável.

Figura 6 – Cultivo de horta na escola



Foto: DAB/SAS/MS.

Dentro desse conjunto de estratégias encontra-se a organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, que tem como objetivo qualificar e organizar a atenção a essas pessoas por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado nos diversos pontos das RAS e também com a integração de outros equipamentos públicos do território. A linha de cuidado prevê a organização de ações desde a prevenção até o tratamento do sobrepeso e da obesidade, estabelecendo um pacto entre os diversos atores para a oferta do cuidado integral.

Entre as possíveis ações que podem compor a linha de cuidado, podem estar: (a) o estímulo a hortas comunitárias; (b) oficinas culinárias que valorizem os alimentos regionais; (c) a promoção de atividades de educação alimentar e nutricional e o incentivo às práticas corporais em escolas ou em polos do Programa Academia da Saúde; (d) a instituição de grupos de apoio para o controle do peso (perda, ganho ou manutenção do peso); (e) a organização da comunicação entre os diferentes pontos da RAS para a garantia do cuidado adequado às pessoas com obesidade; e (f) a garantia do acesso à cirurgia bariátrica, quando esta é de fato necessária, entre outras.

Para a organização do cuidado ao sujeito com sobrepeso e obesidade é necessária uma ação contínua de VAN para a identificação dos casos, a estratificação de risco e o estabelecimento de fluxos de comunicação e compartilhamento do cuidado entre os diversos pontos de atenção à saúde. Além das equipes de AB, os profissionais atuantes em outros serviços de atenção à saúde (como ambulatórios especializados, unidades de urgência e emergência, hospitais, centros de atenção psicossocial, centros de reabilitação, entre outros) também devem estar sensíveis e preparados para a identificação e o acolhimento dos usuários que apresentam sobrepeso e obesidade.

Cabe lembrar que as atividades e as orientações propostas para determinado sujeito ou grupo podem não refletir o efeito desejado em outro. A decisão tomada pelos profissionais da equipe de AB ou pelos gestores das diferentes esferas deve considerar a história do espaço geográfico e das pessoas que o habitam. Deve considerar também a organização dos espaços urbanos, a distribuição populacional (a fim de identificar áreas de povoamento mais denso ou mais disperso) e a forma como os indivíduos se organizam e se relacionam com seus pares e com o ambiente, conhecendo a influência de fatores ambientais, da infraestrutura, do saneamento básico, da mobilidade urbana, entre outros. É importante conhecer, também, os modos de vida das populações, estes comumente influenciados pelo nível econômico, pela escolaridade e pela inserção no mercado de trabalho.

4.4 Avaliação

No Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, a avaliação dos resultados e impactos tem como objetivo compreender e analisar o que se obteve nas etapas anteriores. Nesse sentido, deve-se desenvolver um modelo de acompanhamento para os resultados ou as metas pactuados, com vistas a instrumentalizar as áreas envolvidas na execução da VAN, subsidiando o cuidado, direcionando o atendimento e impulsionando a motivação para a própria atitude de vigilância. Portanto, é um processo que deve ser realizado continuamente e integrado ao planejamento geral de ações das equipes de AB e das diferentes esferas de gestão, com vistas a possibilitar a orientação, a reformulação ou a manutenção das estratégias, a partir dos resultados e das rotinas implementadas (TADDEI et al., 2011).

Operacionalmente, a avaliação de processos verifica a implementação adequada das atividades inicialmente planejadas na etapa de análise e decisão do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, buscando identificar as dificuldades, as necessidades de adequações e novos direcionamentos importantes às rotinas e aos procedimentos definidos previamente. Nesse contexto, portanto, a avaliação propõe-se a garantir que as atividades realizadas estejam sendo corretamente executadas e contribuam para o alcance dos objetivos.

Outra abordagem da avaliação em saúde refere-se ao alcance de metas previamente estabelecidas, como a redução do desmame precoce ou o aumento do consumo de alimentos saudáveis, a partir dos dados coletados na rotina da VAN, bem como de outras fontes de informações. Assim, a própria implementação da VAN contribui para o levantamento das informações necessárias ao seu aprimoramento.

Esta fase do ciclo deve apontar para a melhoria dos indicadores, como os de cobertura, de ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente da população em situação de vulnerabilidade social.

Todos os gestores, profissionais de saúde e atores envolvidos nas ações de VAN devem ser incluídos nessa etapa, possibilitando que os próprios atores desse processo conheçam o resultado de seu trabalho. Assim, a avaliação em saúde deve ser transparente, com vistas a dar visibilidade ao que está sendo realizado em prol da melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população.

4.5 A Vigilância Alimentar e Nutricional na prática

4.5.1 Programa Saúde na Escola



O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, instituído em 2007, tem como base a prática intersetorial, por meio da articulação entre saúde, educação e assistência social. Por compreender o espaço da escola como território fundamental de promoção da saúde, o programa se propõe a contribuir para a formação integral dos educandos por meio de ações de avaliação das condições de saúde, promoção da qualidade de vida, proteção à saúde e prevenção de doenças e agravos, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública de ensino.

O fato de as ações serem desenvolvidas nas escolas facilita o acesso aos educandos, que muitas vezes não realizam acompanhamento nas unidades de saúde com a frequência recomendada, o que possibilita que os temas referentes à promoção da saúde, ao autocuidado e à prevenção de agravos possam fazer parte do cotidiano, por meio da sua inclusão no projeto político-pedagógico das instituições.

As ações de VAN fazem parte do grupo de atividades essenciais que devem ser realizadas pelas equipes de AB em articulação com os profissionais de educação. A avaliação antropométrica dos educandos no âmbito do PSE possibilita identificar precocemente indivíduos que apresentem alterações do seu estado nutricional e que possivelmente só buscariam o serviço de saúde se apresentassem complicações clínicas. A identificação precoce permite o acolhimento desses indivíduos nas unidades básicas de saúde e a organização do cuidado necessário em cada caso, articulando, se preciso, outros pontos da RAS.

Figura 7 – Avaliação antropométrica no Programa Saúde na Escola



Foto: DAB/SAS/MS.

Na organização do cuidado, especialmente de crianças e adolescentes que apresentem alterações do seu estado nutricional, é importante a participação dos profissionais de educação e de toda a comunidade escolar, como pais, conselhos de educação e saúde, entre outros.

A VAN dos educandos também possibilita que as equipes de saúde e educação realizem a avaliação coletiva do estado nutricional e identifiquem prevalências e tendências que darão subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde na escola, como o incentivo à prática de atividade física e

a promoção da alimentação adequada e saudável, bem como a inclusão da temática no planejamento pedagógico.

Neste sentido, são necessários o desenvolvimento e o aprimoramento contínuo das capacidades e habilidades dos profissionais envolvidos, ou seja, deve-se dar maior ênfase aos processos de educação permanente para assegurar o adequado acompanhamento do grupo e garantir dados sempre atualizados e fidedignos sobre a população atendida.

Mais informações em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

4.5.2 Programa Academia da Saúde



**Academia
da Saúde**

O **Programa Academia da Saúde** tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.

O programa atende às diretrizes, aos princípios e aos objetivos das Políticas Nacionais de Atenção Básica (Pnab) e de Promoção da Saúde (PNPS), e a sua implementação também deve estar pautada nas seguintes diretrizes:

- i) configurar-se como ponto de atenção da RAS complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica;
- ii) referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis; e
- iii) estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013c).

O programa possibilita a integração multiprofissional na construção e execução das ações tanto no âmbito da vigilância em saúde como da atenção à saúde, que devem englobar o estímulo: (a) aos hábitos alimentares saudáveis; (b) às práticas corporais e à atividade física e de lazer; (c) à mobilização comunitária; (d) à potencialização de manifestações culturais locais e de conhecimento popular; e (e) à ampliação e à valorização da utilização dos espaços públicos de lazer como propostas de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população.

As ações do programa no município ocorrem sob a coordenação da Atenção Básica, em articulação com outros pontos da RAS e gestão da vigilância em saúde, bem como com outros equipamentos sociais do seu território de abrangência, como associações de moradores, entre outros.

As equipes de AB, em conjunto com a comunidade, devem propor atividades individuais ou coletivas que proporcionem o resgate e a ampliação da autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis.

Para que as ações em saúde ampliem seu escopo, tomando como base as necessidades de saúde e seus determinantes, é importante que ações de vigilância em saúde sejam exercidas no sentido de fornecer informações sobre a situação de saúde da população atendida e orientar as ações a serem ofertadas no polo do programa.

No que se refere às ações de VAN, os profissionais que atuam no polo precisam estar cientes de que, entre as atividades a serem realizadas, é importante avaliar o estado nutricional, por meio da antropometria e da avaliação dos marcadores do consumo alimentar dos usuários que frequentam o citado espaço.

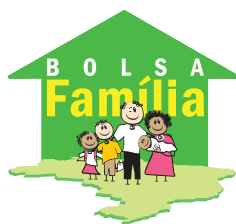
Figura 8 – Práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde



Foto: DAB/SAS/MS.

Mais informações em: <<http://www.saude.gov.br/academiadasaude>>.

4.5.3 Programa Bolsa Família



O **Programa Bolsa Família (PBF)** é um programa federal para superação da pobreza que atua em três eixos estruturantes:

- i) transferência direta de renda às famílias em situação de extrema pobreza;
- ii) ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, por meio das condicionalidades; e
- iii) coordenação com programas e/ou ações complementares nas

esferas federal, estadual e municipal. O programa apresenta, entre seus objetivos, a promoção do acesso à rede de serviços públicos, o combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional.

No contexto do SUS, a agenda do PBF compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o puerpério pelas nutrízes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e as ações de imunização, que devem ser realizadas nos serviços de Atenção Básica. O acompanhamento das condicionalidades de saúde caracteriza o exercício da equidade no SUS, pela garantia do acesso aos serviços pelas populações em situação de vulnerabilidade social.

Além de se constituir como condicionalidade de saúde do PBF, o acompanhamento nutricional das crianças e gestantes é imprescindível para a VAN dos beneficiários, especialmente por ser um grupo que convive com dupla carga da má nutrição: desnutrição e excesso de peso.

A coleta e o registro das informações que compõem o acompanhamento das condicionalidades de saúde devem ser realizados pelos municípios duas vezes por ano, nos períodos compreendidos entre janeiro e junho (primeira vigência) e julho e dezembro (segunda vigência). As ações compreendidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF já são parte da rotina de atenção à saúde da mulher e da criança. Dessa forma, nas consultas de pré-natal, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, na suplementação profilática com micronutrientes e nas campanhas de vacinação ou na rotina de imunizações, é importante identificar se as famílias são beneficiárias do PBF e, caso positivo, o momento se torna oportuno para a coleta de dados das condicionalidades do programa.

Mais informações em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php>.

4.5.4 A Vigilância Alimentar e Nutricional para a População em Situação de Rua

O cuidado das equipes de AB para a População em Situação de Rua (PSR) exige o estabelecimento de vínculos que humanizem e facilitem a atenção à saúde. Os municípios com mais de 80 pessoas em situação de rua podem constituir equipes de Consultório na Rua (eCR). Estas são equipes multiprofissionais especificamente dedicadas ao cuidado integral à PSR e também responsáveis por articular este cuidado com os outros pontos da rede de saúde e intersetorial no território. No entanto, a existência da eCR não deve desimplicar as equipes de AB do cuidado integral à PSR, o que inclui a VAN.

Todos os profissionais que atendem a PSR devem adotar uma abordagem diferenciada que apresente a essa população o cuidado como um direito, visto que a atenção integral à saúde deve ser estendida a todo e qualquer brasileiro, com domicílio definido ou em situação de rua.

As atividades de organizar o processo de trabalho e preparar os profissionais, com vistas a reconhecer e lidar com as características singulares da PSR, devem ser ações permanentes, com o objetivo de atender melhor as pessoas nessa situação. São estratégias fundamentais para o trabalho com as pessoas em situação de rua as atitudes de estar atento e atuar em função de questões como: onde as populações em situação de rua costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades específicas que apresentam, quais são os recursos comunitários, os serviços públicos e estabelecimentos privados disponíveis e as possibilidades de parcerias intersetoriais e interinstitucionais (BRASIL, 2012c).

As ações de VAN inseridas na atenção à saúde da PSR subsidiarão o diagnóstico da regularidade no acesso e as condições higiênico-sanitárias da alimentação, permitindo a identificação de sua fonte (doação por estabelecimentos comerciais ou movimentos sociais, por exemplo). Também é importante avaliar a disponibilidade e as características de potabilidade e ingestão hídrica.

Sujeitos que usam a rua como local de moradia, permanência e território existencial (produção subjetiva) estão em situação de maior vulnerabilidade social, destacando-se a condição de insegurança alimentar e nutricional em que vivem. É imprescindível que a equipe de AB ou a eCR realize escuta atenta e qualificada e acompanhamento longitudinal da PSR e busque apoiá-la, sem imposições, no intuito de construir e propor intervenções em diálogo com a sua realidade.

As dificuldades no acesso à alimentação, o que inclui pouca ou nenhuma disponibilidade de água potável, expõem esses sujeitos a maiores riscos à sua saúde, e isso deve ser considerado na elaboração de orientações. Mesmo que não sejam ideais, projetos terapêuticos mais simples podem gerar melhores efeitos do que esquemas mais completos tecnicamente. No atendimento à PSR, é importante valorizar a promoção da saúde, o resgate da qualidade de vida (com intervenção nos fatores que a colocam em risco) e a redução de danos como ética orientadora do cuidado.

4.5.5 Avaliação do estado nutricional de crianças prematuras

O nascimento prematuro (pré-termo) contribui significativamente para a limitação do crescimento infantil no período pós-natal precoce, com consequências que podem perdurar por toda a vida. Embora seja possível a recuperação do crescimento, algumas crianças não o recuperam e podem persistir menores, em relação àquelas nascidas a termo, com efeitos que perpassam pelo desenvolvimento neuropsicomotor, pelo rendimento escolar e pelo risco de adquirir doenças (STERNBERG; GRIGORENKO; SINGER, 2006).

Esses recém-nascidos pré-termo, especialmente aqueles com baixo peso ao nascer, podem necessitar de um acompanhamento diferenciado do seu desenvolvimento e crescimento. Para acompanhar o seu crescimento de forma plausível, é preciso lançar mão de recursos que possam se aproximar ao máximo de referências fidedignas desse público.

A avaliação do estado nutricional de crianças pré-termo pode ser realizada por meio das curvas de Fenton (2003), utilizando-se diretamente a idade cronológica da criança, ou seja, o intervalo de tempo entre o seu nascimento e a data da avaliação, em semanas. Após as 40 semanas de idade cronológica, as curvas de referência de crescimento da OMS, que estão disponíveis na Caderneta da Criança, são utilizadas para a avaliação nutricional, empregando a idade corrigida (FRIEDMAN; BAURNBAUN, 1998).

A idade corrigida pode ser calculada por meio da seguinte fórmula:

$$IC = ICr - (40 \text{ semanas} - IG \text{ ao nascimento})$$

Em que:

IC = idade corrigida em semanas;

ICr = idade cronológica em semanas;

IG = idade gestacional em semanas.

Suponha que um recém-nascido pré-termo nascido com idade gestacional de 30 semanas e tenha idade cronológica de 12 semanas. Temos o seguinte:

$$IC = 12 - (40 - 30)$$

$$IC = 12 - 10$$

$$IC = 2 \text{ semanas}$$

Logo, embora sua idade cronológica seja de 12 semanas, nas curvas de crescimento da OMS, essa criança será classificada tendo duas semanas. Tal correção permite não subestimar esses sujeitos na comparação com a população de referência e deve ser utilizada para avaliação do crescimento de crianças pré-termo no mínimo até os 2 anos de idade (BRASIL, 2012d).

Está em andamento um vasto estudo com representação de populações de diversos países, incluindo o Brasil, para que sejam produzidas curvas de referência específicas de crescimento fetal e de crianças prematuras.

É possível também acompanhar a evolução do crescimento da criança por meio do seguimento longitudinal. Para tanto, é preciso registrar os dados das avaliações do estado nutricional no decorrer de todo o processo de acompanhamento da criança e analisar o seu progresso. Queda ou estagnação de um indicador é sinal de alerta. Contudo, é preciso fazer uma abordagem integral, envolvendo outros indicadores, para identificar o estado nutricional de maneira adequada.

4.5.6 Avaliação do estado nutricional de pessoas com deficiência

Conhecer o estado nutricional individual é essencial para a gestão do cuidado, de forma a subsidiar a construção do projeto terapêutico e o acompanhamento clínico e nutricional. O estado nutricional reflete o balanço das necessidades fisiológicas por nutrientes que estão sendo alcançadas, a fim de manter a composição e as funções adequadas do organismo, resultantes do equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes (JEEJEEBHOY; DETSKY; BAKER, 1990).

Tal necessidade pode não ser a mesma para os casos em que há alguma alteração fisiológica que influencie o estado nutricional. Esses casos podem ser entendidos como aqueles em que o indivíduo possui alguma alteração da composição corporal, como retardo no crescimento, baixo peso, atrofia muscular, diferente distribuição da gordura corporal, o que pode decorrer de diferentes fatores, não apenas relacionados ao consumo alimentar (BRASIL, 2009a), como ocorre em pessoas com deficiências.

Figura 9 – Avaliação antropométrica no domicílio



Foto: DAB/SAS/MS.

A pessoa com deficiência pode apresentar comprometimento físico ou mental que gere dificuldades nas atividades da sua vida diária. Na perspectiva do estado nutricional, destaca-se a influência dessa condição na prática de atividades físicas e no consumo alimentar, como a dificuldade de deglutição, que pode requerer a utilização de via alternativa de alimentação. Esses fatores são agravados pelas limitações no convívio social e pela perda intelectual. Tais limitações contribuem para que este grupo esteja mais vulnerável à desnutrição e ao excesso de peso, que tendem a surgir logo após a estabilização do quadro clínico (CARAM; MORCILLO, PINTO, 2010; IELPO, 2002; MENDONÇA; PEREIRA, 2008).

As especificidades da pessoa com deficiência podem demandar uma avaliação diferenciada do seu estado nutricional, por conta da sua composição corporal, das dificuldades na tomada das suas medidas etc., o que, muitas vezes, impossibilita a classificação de acordo com os instrumentos aplicados para a população em geral. Por isso, os métodos que permitem conhecer o estado nutricional precocemente, moldados às especificidades de cada caso, que possibilitem a identificação de sobrepeso e obesidade, bem como de baixo peso, são alguns dos desafios para cuidadores, profissionais que assistem essas pessoas e para a comunidade científica.

Os instrumentos para a avaliação do estado nutricional de pessoas com os diversos tipos de deficiência ainda não foram determinados de forma consensual; assim, pode-se lançar mão dos existentes, como para a avaliação de pessoas com síndrome de down e paralisia cerebral e, sobretudo, para fazer a avaliação longitudinal do peso, da estatura, do IMC e do perímetro cefálico, quando couber.

A avaliação longitudinal, tanto de crianças como de adultos, consiste na comparação dos dados individuais no decorrer de todo o acompanhamento, de forma a identificar aspectos particulares do processo de evolução de peso e de estatura de cada pessoa, gerando um gráfico semelhante a uma curva personalizada. Nessa curva,

os sinais de alerta podem ser identificados por meio da queda ou da estabilização do indicador avaliado, a depender de cada caso. É possível, ainda, utilizar as medidas de perímetros e pregas cutâneas para o acompanhamento do estado nutricional. Cabe ressaltar que a avaliação clínica e a laboratorial são importantes ferramentas para auxiliar na identificação do estado nutricional destes sujeitos.

Em relação aos instrumentos para a avaliação do estado nutricional de pessoas com síndrome de down e paralisia cerebral, há curvas de referência de crescimento. Para a população brasileira, Mustacchi (2002) elaborou curvas de estatura, massa corporal e perímetro cefálico de crianças do nascimento aos 8 anos de idade. Já para aquelas com paralisia cerebral, Brooks e colaboradores (2011) fizeram uma adaptação de outras curvas de referência, que, após classificação quanto ao grau de comprometimento motor, permite realizar a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes entre 2 e 20 anos de idade.

As equipes de AB devem considerar os aspectos inerentes às pessoas com deficiência na implantação de estratégias de acolhimento, de classificação de risco e análise de vulnerabilidade, conforme estabelecido no componente da Atenção Básica da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012).

O acompanhamento do estado nutricional das pessoas com deficiência do território adstrito às equipes de AB também fornecerá subsídios para outras ações estratégicas que visem à ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência no SUS, como a criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde dessas pessoas.

4.5.7 Linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade

A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas tem demandado ao SUS a organização de oferta continuada de cuidados para promoção da saúde e prevenção de complicações, bem como para o atendimento oportuno e resolutivo em episódios agudos. Nesse sentido, foi instituída, por meio da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 e redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. No escopo dessa Rede, algumas doenças crônicas estão sendo priorizadas para organização de linhas de cuidado, como as doenças cardiovasculares e a obesidade.

A Portaria MS/GM nº 424, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária. A finalidade é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado nos diversos equipamentos públicos e sociais.

A VAN é fundamental para a organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade. É por meio da VAN que serão identificados as pessoas e os grupos populacionais do território que já apresentam sobrepeso e obesidade ou que apresentam maior risco para desenvolver esta condição. A VAN possibilitará a estratificação de risco por meio do IMC, que deverá ser analisado com outros aspectos, como a presença ou ausência de comorbidades (como hipertensão, diabetes, dislipidemia), para que os

profissionais de saúde possam então definir as ações e as estratégias de cuidado que deverão ser ofertadas, seja no âmbito individual ou coletivo.

Segue uma proposta de fluxograma de organização do cuidado para adultos com base na estratificação de risco a partir do IMC e das comorbidades desencadeadas ou agravadas pelo sobrepeso e pela obesidade. Destaca-se que a atenção básica deve manter vínculo e acompanhamento de todos os sujeitos com sobrepeso e obesidade, mesmo daqueles que estejam sendo acompanhados em serviços de atenção especializada ambulatorial e/ou hospitalar.

Quadro 3 – Fluxograma de atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade

TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO Identificação e acolhimento dos indivíduos com sobrepeso e obesidade					
ATENÇÃO BÁSICA				ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL	ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, REGULAÇÃO E SISTEMA DE INFORMAÇÃO					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO IMC PARA ADULTOS					
NORMAL IMC \leq 25kg/m ²	SOBREPESO IMC entre 25 e 29,9 kg/m ²	SOBREPESO COM COMORBIDADES ^a IMC entre 25 e 29,9 kg/m ²	OBESIDADE IMC entre 30 e 40 kg/m ² com ou sem comorbidades ^a	OBESIDADE IMC entre 30 e 40 kg/m ² com comorbidades ^a OU sem sucesso em tratamento anterior na AB	OBESIDADE IMC entre 35 e 40 kg/m ² com comorbidades ^a OU IMC \geq 40 kg/m ² com ou sem comorbidade ^a E/OU sem sucesso em tratamentos anteriores por um período de tempo determinado na atenção especializada ambulatorial
AÇÕES E CUIDADOS A SEREM OFERTADOS AOS USUÁRIOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL					
AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA					
				Prescrição dietética, terapia comportamental e farmacoterapia	Procedimentos cirúrgicos, prescrição dietética, terapia comportamental, farmacoterapia
	Plano de ação para voltar ao IMC normal, prescrição dietética ^b	Plano de ação para voltar ao IMC normal, prescrição dietética ^b	Prescrição dietética ^b , Terapia comportamental, Farmacoterapia	Acompanhamento pré e pós cirúrgico nos casos indicados ^c	Acompanhamento pré e pós cirúrgico

Fonte: DAB/SAS/MS.

^a Comorbidades: hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pelo sobrepeso e obesidade.

^b Quando necessário, após avaliação junto à equipe multiprofissional de apoio matricial da AB (como o NASF).

^c Pela equipe multiprofissional de Atenção Especializada.

Cabe ressaltar que o apoio diagnóstico e o terapêutico, bem como o apoio matricial interdisciplinar, são necessários para potencializar a resolubilidade da atenção básica no cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

4.5.8 Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Alimentar e Nutricional

Atualmente, o Sisvan Web objetiva realizar a gestão das informações de VAN, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. Para isso, apresenta dois módulos de acesso: o módulo restrito, a ser utilizado por gestores e técnicos municipais e estaduais, e o módulo de acesso público, também chamado de módulo gerador de relatórios.

O Sisvan Web apresenta interação com o sistema de gestão do Programa Bolsa Família (PBF), visto que todas as informações referentes ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários são incorporadas ao Sisvan no final de cada vigência (primeira vigência de janeiro a junho e segunda vigência de julho a dezembro).

Desta forma, no caso de indivíduos já acompanhados no sistema de gestão do PBF na saúde, é importante complementar o acompanhamento nutricional com a aplicação de formulários de avaliação de marcadores do consumo alimentar no Sisvan Web. No caso de uma pessoa não beneficiária do PBF, as informações sobre antropometria e consumo alimentar devem ser registradas diretamente no Sisvan Web.

Para simplificar a sistemática de alimentação de distintos SIS, o Ministério da Saúde iniciou um processo de estruturação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que substituirá gradativamente o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e outros sistemas de software nos módulos utilizados na Atenção Básica.

Esse processo de estruturação compõe a estratégia e-SUS do MS, que visa à redução do retrabalho na coleta de dados, à individualização do registro, à produção de informação integrada e ao cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território.

A operacionalização do Sisab será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica do MS, denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Essa estratégia é composta por dois sistemas de software, o Sistema de Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que instrumentalizam a coleta dos dados que serão enviados para o Sisab.

O sistema de software CDS vem suprir a necessidade de se trabalhar com infraestruturas de tecnologia da informação insuficientes para atender aos requisitos mínimos de operação de um prontuário eletrônico, característica ainda presente em estabelecimentos de saúde. Nesses estabelecimentos, a coleta de dados poderá ser realizada por meio de Mapas de Coletas de Dados (MCD), que deverão ser digitados em sistema *on-line* ou *off-line*. E todos os dados registrados em sistemas CDS deverão ser enviados a um sistema PEC, que se integrará com as demais bases de dados, seja no nível municipal, regional, estadual ou nacional.

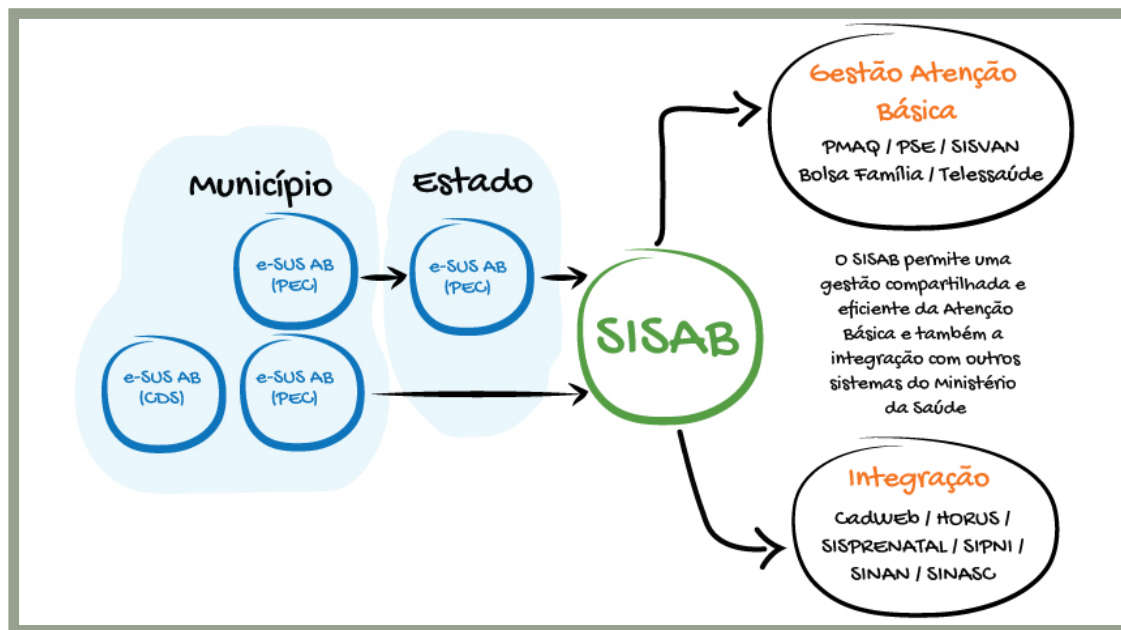
O sistema de software PEC, por sua vez, atende a cenários onde a tecnologia da informação conta com infraestrutura capaz de suportar esse tipo de sistema. O PEC oferece um conjunto de funcionalidades que garantem grande parte das demandas de atenção à saúde pelas equipes de AB e ainda os recursos de controle das ações administrativas da unidade, totalmente integradas às necessidades da RAS.

Observa-se que o sistema PEC centraliza e transmite os dados para o Sisab, portanto, sua instalação é obrigatória, mesmo que ele não seja utilizado como sistema de prontuário eletrônico.

Os dados coletados na rotina dos serviços de Atenção Básica devem ser enviados para o Sisab independentemente do sistema de software utilizado (e-SUS AB ou outro). Sendo assim, as Unidades da Federação que não utilizarem o e-SUS AB serão orientadas a fazer a transmissão dos dados registrados em seus sistemas de forma compatível com a base de dados do Sisab.

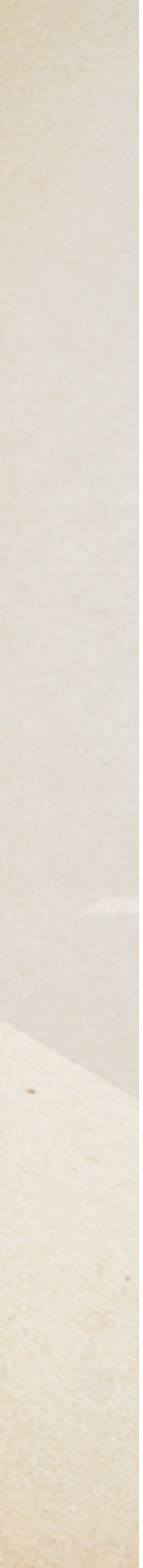
Sendo o Sisab uma importante fonte de informação em saúde para a gestão do SUS, sua integração com outros SIS deverá ocorrer por meio de pesquisa, ou seja, as áreas interessadas nos dados do Sisab poderão pesquisar informações de seu interesse, extraí-las e importá-las nos seus respectivos bancos de dados para o devido processamento.

Figura 10 – Fluxo de integração do Sisab com os demais sistemas do Ministério da Saúde



Fonte: DAB/SAS/MS.

Na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, gestores e profissionais de saúde devem reconhecer a informação como elemento estratégico para a gestão e principalmente para o cuidado, discutindo a importância do uso e da disseminação das informações para o planejamento, a execução e a avaliação das atividades inerentes ao setor Saúde e, especialmente, sobre as condições de vida da população.



5 Como apoiar a Vigilância Alimentar e Nutricional?

Diante do exposto, fica evidente a importância de incluir a VAN na prática cotidiana dos serviços de Atenção Básica para que esta componha o cuidado integral à saúde e contribua com os processos de planejamento e gestão das ações e dos serviços da RAS. Para tanto, faz-se necessário promover condições para que a VAN aconteça e faça sentido para profissionais e gestores.

Entre essas condições, podemos citar a garantia de infraestrutura adequada e a qualificação e motivação dos profissionais de saúde para exercer a atitude de vigilância em suas práticas cotidianas.

A Pnab (BRASIL, 2012b) trata sobre a infraestrutura e o funcionamento dos estabelecimentos de Atenção Básica, sendo importante que os gestores adotem as providências necessárias para adequar os serviços conforme essas recomendações.

Dentre os aspectos da infraestrutura que se relacionam à prática da VAN, destacamos a necessidade de local apropriado para a realização da avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar na UBS (tal como a sala de procedimentos ou de pré-consulta ou os próprios consultórios de atendimento). Independentemente do local definido, este deve proporcionar atenção acolhedora e humana, garantindo a privacidade para profissionais de saúde e usuários. Esses aspectos também devem ser observados para a prática da VAN nos polos do Programa Academia da Saúde. Mais informações sobre estas e outras características estruturais a serem observadas podem ser consultadas no manual sobre estrutura física das UBS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a).

Destaca-se ainda a necessidade de equipamentos antropométricos adequados a cada realidade, ou seja, para a escolha dos equipamentos alocados em um local fixo (por exemplo, a UBS ou o polo do Programa Academia da Saúde), ou aqueles indicados para atividades externas (como a avaliação antropométrica nas escolas ou em outros espaços do território). Além das especificações técnicas, deverão ser consideradas as características de portabilidade que auxiliem o transporte e a necessidade de utilização de fonte de energia, como pilhas, baterias, entre outros.

Outro aspecto importante refere-se à disponibilização de quantitativo suficiente de cadernetas de acompanhamento da saúde e de formulários de informação vigentes (Sisab, Sisvan e/ou outro instrumento utilizado pela equipe de AB para registro dos dados) de acordo com a população adstrita ao serviço.

É importante que as equipes de AB participem ativamente do planejamento de todas as etapas que antecedem o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado propriamente dito, sendo fundamental que haja o diálogo entre profissionais e gestores de saúde, objetivando as melhores escolhas para organização da VAN na Atenção Básica, considerando os diferentes espaços para a oferta desse cuidado e a disponibilidade de todos os instrumentos identificados por estes como imprescindíveis para a ação.

Para promover essas condições, é importante que os investimentos sejam realizados pelas três esferas de gestão do SUS. Algumas medidas de incentivo vêm sendo desenvolvidas pela gestão federal, mas as ações de VAN somente terão êxito

com o trabalho articulado no nível estadual e, principalmente, no nível municipal. Nesse sentido, cabe aos gestores e profissionais de saúde identificar as melhores estratégias e as reais necessidades para a oferta do cuidado com qualidade.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias com as secretarias estaduais e municipais de saúde para o aprimoramento da atenção à saúde no SUS. A exemplo disso tem-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), que apresenta como principal compromisso o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de iniciativas capazes de enfrentar os desafios impostos pelas diferentes realidades dos territórios. Ações de VAN são referidas nos padrões de qualidade dos instrumentos de autoavaliação e de avaliação externa do Pmaq-AB e do Pmaq-Nasf.

Além disso, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011, o incentivo financeiro destinado a polos do Programa Academia da Saúde e UBS com equipes de AB, com adesão ao Pmaq-AB, para aquisição de equipamentos antropométricos. A medida parte da necessidade de ampliar e qualificar as ações de VAN, promovendo condições adequadas para o diagnóstico nutricional individual e coletivo.

Em contraparte, é importante que estados e municípios possam realizar o levantamento do que é necessário para a qualificação da VAN em nível local, atentando tanto para os recursos materiais quanto para os relacionados com o processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

Quadro 4 – Materiais recomendados para avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar

Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Gestantes
Equipamentos				
Balança pediátrica e de plataforma, antropômetro horizontal, vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.
Materiais de apoio para coleta e análise dos dados				
Calculadora, computador, planilha ou outro instrumento para a identificação do índice antropométrico (ex.: disco ou régua) e cartaz sobre método antropométrico.				
Materiais para registro dos dados				
Cartão Nacional de Saúde dos usuários, caderneta de acompanhamento da saúde segundo a fase do curso da vida (ex.: criança, adolescente, gestante, idoso), ficha de atendimento individual do sistema de informação correspondente, ficha de marcadores do consumo alimentar e prontuário eletrônico (UBS informatizadas).				

Fonte: DAB/SAS/MS.

O planejamento de atividades das equipes de AB deve incorporar momentos para discussão de casos e de aprimoramento de técnicas de antropometria e de avaliação do consumo alimentar.

De modo geral, os procedimentos de aferição antropométrica são considerados como atividade de rotina na Atenção Básica podendo ser realizados por qualquer profissional com conhecimento da técnica. Recomenda-se que todos os profissionais de nível técnico e superior que atuem em ações de VAN sejam capacitados a fim de realizar antropometria. Os que já desenvolvem essa atividade em sua rotina, como nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros, devem ser convidados a participar de momentos de formação de modo que se sintam valorizados pelo importante papel que desempenham para o fortalecimento das ações que já executam.

Figura 11 – Roda de conversa sobre a situação alimentar e nutricional da população do território



Foto: DAB/SAS/MS.

Vale ressaltar que gestores e profissionais de saúde devem se organizar para garantir a educação permanente, reconhecendo que o exercício da VAN dependerá da contínua revisão de práticas e, portanto, não se esgota na realização de único momento de formação.

A educação permanente caracteriza-se como um processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho, considerando elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos.

É importante identificar nas equipes de AB quais profissionais possuem conhecimento técnico e experiência em antropometria, bem como os que estejam familiarizados com os instrumentos de avaliação de marcadores de consumo alimentar, para que eles contribuam para os processos de formação dos demais. Na ausência de sujeitos com essas habilidades, cabe aos gestores a busca daqueles capacitados (que atuem em outros serviços da RAS ou em instituições formadoras) a desenvolver os momentos de formação para as equipes de AB.

Recomenda-se que a atividade de formação em VAN dos profissionais englobe atividades teóricas e práticas e contemple, minimamente, os seguintes temas:

- I. A importância da Vigilância Alimentar e Nutricional no cuidado e na gestão em saúde.
- II. Método antropométrico.
- III. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar.
- IV. Registro de dados em prontuários, formulários, cadernetas de acompanhamento de saúde e sistemas de informação.
- V. Avaliação do estado nutricional individual e coletivo.

A Pnan (BRASIL, 2012a) aponta como dispositivo para a qualificação dos trabalhadores a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para o desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos de extensão e pesquisa na RAS.

A integração ensino-serviço pode ser definida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação em saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços, incluindo-se os gestores, visando à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Dessa forma, a integração ensino-serviço é uma relação que beneficia todos os envolvidos. Os serviços de saúde oferecem ambientes potentes para que os profissionais em formação possam exercitar os conhecimentos adquiridos na academia, além de vivenciar, de maneira prática e integrada, o funcionamento do SUS com todas as suas potencialidades e problemas, compatibilizando seus saberes com os dos trabalhadores.

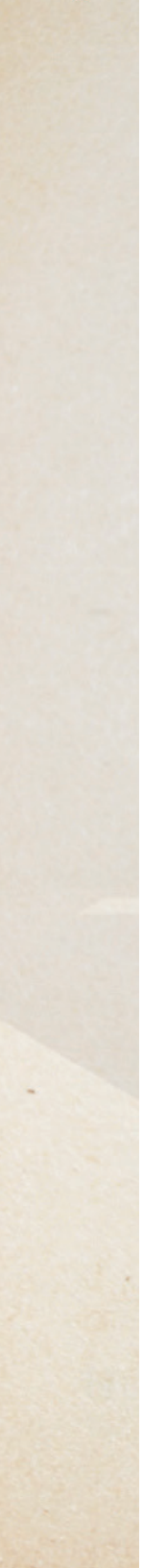
Para a gestão municipal, ficam as importantes contribuições trazidas por estudantes e professores/pesquisadores que escolheram esses serviços como campo de prática ou observação para suas análises, pois há espaço para problematizar sobre as forças e/ou fraquezas identificadas. Os problemas e as possíveis alternativas para a sua resolução ganham espaço para que sejam discutidos por diferentes atores, e as experiências bem-sucedidas ganham espaço para que sejam sistematizadas, possibilitando colaborar com outras realidades.

A discussão sobre VAN deve ser introduzida e qualificada desde a formação acadêmica. É importante que os estudantes entendam qual será a implicação da VAN na sua prática e discutam, entre si, como aprimorá-la em prol do cuidado. Dessa forma, a partir do momento em que os estudantes forem inseridos nos serviços de saúde para os estágios, poderão identificar, com os profissionais, quais fragilidades precisam ser superadas e apoiá-los na construção das estratégias para isso. Os profissionais também poderão perceber quais aspectos precisam ser mais bem trabalhados na formação dos estudantes, adequando as atividades a serem desenvolvidas durante o período do estágio, de modo a suprir essas necessidades.

Devido à complexidade do processo de trabalho na área da Saúde, é cada vez maior a valorização da adoção de práticas e políticas baseadas em evidências científicas para ofertar a ampliação das chances de sucesso de gestão, bem como a melhoria da eficiência do sistema de saúde. A avaliação dessas políticas diante de dada realidade e o desenvolvimento e a proposição de novas alternativas acontecem, em geral, a partir de estudos e pesquisas dirigidos a tais finalidades (BRASIL, 2008a).

A contribuição de pesquisas e análises sobre fatores direta ou indiretamente relacionados com as condições de saúde da população – como o comportamento alimentar em alguma região ou a prevalência e a magnitude de determinado agravo nutricional em nível local – tem proporcionado importantes avaliações sobre a implantação e efetividade de políticas ou práticas adotadas pelos municípios.

Nesse sentido, é importante que gestores e profissionais do SUS incentivem e apoiem a realização de pesquisas relacionadas à VAN, entendendo-as como importantes contribuições para a análise e o aprimoramento das práticas nos serviços de saúde.



Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, set. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2013.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, jul. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2013.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011 May 28.

BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades: a VAN no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 99-105, 1993. (Suplemento)

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 dez. 2013.

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

_____. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2009c.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008a.

_____. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**: Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília, 2013a.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, 2012c.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, 2009b.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012b.

_____. Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990. Fica instituído, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Seção 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2013c. Seção 1. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/121194-2681.html>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2013b. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

_____. Portaria nº 79, de 16 de outubro de 1990. Dispõe sobre a constituição do comitê assessor do Sisvan. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 out. 1990. Seção 2, p. 5687. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=17&data=18/10/1990>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 80, de 16 de outubro de 1990. Dispõe sobre a constituição do grupo técnico de coordenação executiva do Sisvan. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 out. 1990. Seção 2, p. 5687. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=17&data=18/10/1990>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) na assistência à saúde.** Brasília, 2008b.

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

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Chamada nutricional quilombola 2006:** sumário executivo. Brasília, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2009a. Seção 1. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/818741/decreto-6949-09>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

BROOKS, J. et al. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: new clinical growth charts. **Pediatrics**, Vermont, v. 128, p. 299-307, 2011.

CAMILO, S. M. B et al. Vigilância Nutricional no Brasil: criação e implementação do Sisvan. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 224-228, abr./jun. 2011.

CARAM, A. L. A.; MORCILLO, A. M.; PINTO, E. A. L. C. Estado nutricional de crianças com paralisia cerebral. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 211-219, 2010.

CONDE, W. M.; BORGES, C. The risk of incidence and persistence of obesity among Brazilian adults according to their nutritional status at the end of adolescence. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 71-79, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil – indicadores e monitoramento**: da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília, 2010.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2013.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009.

FENTON, T. R. A new growth chart preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. **BMC Pediatrics**, London, v. 3, p. 13, 2003.

FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N.(Org.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008.

FRIEDMAN, S. A.; BAURNBAUN, J. C. Growth outcomes of critically ill neonates. In: POLIN, R. A.; FOX, W. W. **Fetal and neonatal physiology**. Philadelphia: WB Saunders, 1998. p. 267.

GUO, S. S. et al. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 76, n. 3, p. 653, 2002.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**: estudos e pesquisas de informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de

Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

IELPO, R. M. Ganho de peso nos pacientes portadores de mielomeningocele após tratamento com prótese vertical expansível de titânio para costela. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 223-225, 2002.

JEEJEEBHOY, K. N.; DETSKY, A. S.; BAKER, J. P. Assessment of Nutritional Status. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Thousand Oaks, CA, v. 14, n. 5, p. 193-196, 1990. (Suppl.)

LIMA, A. M. C. **O desempenho do setor Saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família: a intersectorialidade em ação**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz, Brasília, 2013.

MENDONÇA, V. G.; PEREIRA, F. D. Medidas de composição corporal em adultos portadores de síndrome de down. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 201-210, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 247-255.

MUSTACCHI, Z. **Curvas padrão pondero-estatural de portadores de síndrome de down procedentes da região urbana da cidade de São Paulo**. 2002. 192 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 21 May 2011.

POPKINS, B. M. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. **Nutrition Reviews**, [S.l.], v. 52, p. 285-298, 1994.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 4 June 2011.

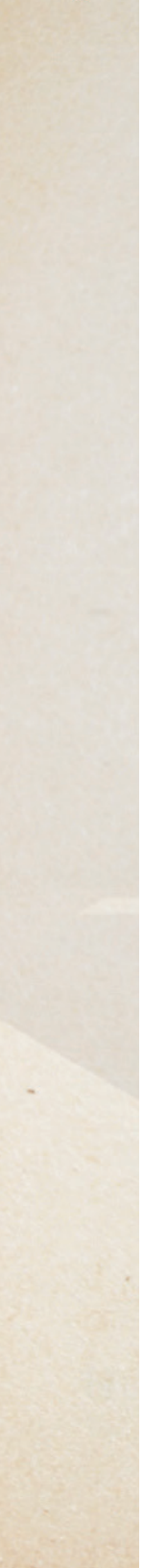
TADDEI, J. A. et al. (Org.). **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

VICTORA, G. C. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 28 May 2011.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a Global Perspective.** Washington, DC: AICR, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Training course on child growth assessment.** Geneva, 2008.



Bibliografia Complementar

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 maio 2013.

BATISTA-FILHO, M.; LUCENA, M. A. F.; EVANGELISTA, M. L. M. A vigilância alimentar e nutricional no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, set. 1986. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.

_____. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos**: Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Brasília, 2012.

_____. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.htm>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoia financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2975_14_12_2011.htm>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004c. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2004. Seção 1. Disponível em: <www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/mds/portarias/2004/Portaria%20Interministerial%20no%202.509-%20de%2018%20de%20novembro%20de%202004.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 2004. Seção 1. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm>. Acesso em: 16 dez. 2013.

_____. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de janeiro de 2004. Seção 1. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm>. Acesso em: 16 dez. 2013.

CASTRO, I. R. R. **Vigilância alimentar e nutricional**: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, PNSN, 1989 – Arquivo de Dados da Pesquisa**. Brasília: INAN/Ministério da Saúde, 1990.

SILVA, D. O. (Org.). **Sisvan**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Anexo A – Colaboradores

Técnicos do Ministério da Saúde, profissionais de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, docentes e pesquisadores de instituição de ensino

Colaboradores	Instituições*
Adriana Bouças Ribeiro	SES/SP
Adriana de Fatima Bravim	SES/ES
Adriane Leandro	SES/PR
Alessandra Monestel	SMS Itajaí/SC
Amanda Souza Moura	CGSCAM/DAPES/SAS
Ana Lúcia Sousa Pinto	CGAN/DAB/SAS
Barbara Alencar	Opsan/UnB
Benedita Maria de Castro	SES/PI
Cassandra Maria de Sena Muniz	SES/PI
Cassia Soares Santos Sousa	SMS São Gonçalo/RJ
Célio Luiz Cunha	NTI/DAB/SAS
Dâmaris Alves Silva	SES/MA
Débora C. C. Santa Brígida	SES/PA
Deltirene da Costa Cardoso	SES/AC
Denise Cavalcante de Barros	Fiocruz/RJ
Edgar Tito de Oliveira Neto	SMS João Pessoa/PB
Elaine Bastos Quinteiro Montenegro	SES/MT
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS
Ellen Albuquerque Rangel de Moraes	SES/PB
Erica Lais Moura Nunes	SMS Oeiras/PI
Ester Mourão Correa	SES/AM
Euzeli Araujo Silva	DAB/SAS/MS
Fernanda da Motta Afonso	SES/RJ
Francisca Vilma de Oliveira	SES/CE
Giovana Soutinho	Opsan/UnB
Gisele Ane Bortolini	CGAN/DAB/SAS
Graciane Catarina Batista Magalhães	SES/MT
Helen Altoé Duar Bastos	SES/DF
Ines Rugani Ribeiro de Castro	Uerj
Joyce Mara Diniz Xavier De Lima	SES/MG
Juliana Bertolin Gonçalves	UFPR
Juliana Cristina Diniz Guimarães	SES/MG
Juliana Mara Flores Bicalho	SMS Divinópolis/MG
Juliana Rezende Melo da Silva	ATSAJ/DAPES/SAS
Kathyanny Suzuki Costa	SES/AC
Leila Agra Felix Brolini	SES/RR

Luzia Cristina Gonçalves Gomes	SES/BA
Maísa Beltrame Pedroso	SES/RS
Mara Lucia dos Santos Costa	CGAN/DAB/SAS
Márcia Costa Pinheiro Nery	Brazlândia/SES/DF
Márcia Regina Vitolo	UFCSPA
Maria Alice Vieira Lantmann	SES/RS
Maria Amália de Alencar Lima	SES/AL
Maria Aparecida de Almeida Cruz	SES/MS
Maria Balbina Claudina Picanço	SES/AP
Maria do Livramento da Costa Rego	SES/RR
Maria Janaína Cavalcante Nunes	SES/GO
Maria Natacha Bertolin Toral	UnB
Maria Tereza Borges Araujo Frota	SES/MA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	PUCPR
Michelli da Conceição Nascimento	SES/RN
Mônica Rocha Gonçalves	DAB/SAS/MS
Natascha Ramos	Opsan/UnB
Nathalia França Falcão D. Bronzeado	SMS João Pessoa/PB
Nilton Willrich	SMS Curitiba/PR
Rafaella da Costa Santin	CGAN/DAB/SAS
Rahilda Conceição Ferreira Brito Tuma	SES/PA
Raíssa Barbieri Ballejo Canto	DAB/SAS/MS
Regina Márcia Miguel Barros	SES/DF
Renata Bertazzy Levy	Nupens/USP
Renata Guimarães Mendonça de Santana	CGAN/DAB/SAS
Renato Luiz Carpanedo	SES/ES
Rijane Maria de Andrade Barros dos Santos	SES/PE
Ronaldo Cruz Silva	SES/SE
Rosangela Alves Pereira	UFRJ
Silvana D'innocenzo	SES/BA
Silvana Helena de Oliveira Crippa	SES/SC
Sônia Isoyama Venancio	Instituto de Saúde/SES/SP
Tania Maria de Carvalho Batista	SMS Manaus/AM
Tátilla Lima de Oliveira	SMS Rio Verde/GO
Terezinha de Jesus Pinheiro Franco	SES/TO

* Instituições que os colaboradores representavam no momento da elaboração da publicação.

ISBN 978-85-334-2250-6



9 788533 422506

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

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



Ministério da
Saúde

