



Protocolos

do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SISVAN

Disque Saúde
0800 61 1997

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



Secretaria de
Atenção à Saúde

Ministério
da Saúde



Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde

Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde

Série B. Textos Básicos de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

3. ABRANGÊNCIA DOS PROTOCOLOS DO SISVAN

4. PROTOCOLOS DO SISVAN POR FASE DA VIDA

REFERÊNCIAS

ANEXOS

APÊNDICE

© 2008 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição - 2008 - 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
SAF Sul, Quadra 2 Lote 5/6, Bloco II – Sala 8 - Auditório, Edifício Premium
CEP: 70070 - 600, Brasília-DF
Tel.: (61) 3306-8012
E-mail: sisvan@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/nutricao

Supervisão geral:
Ana Beatriz Vasconcellos (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)

Equipe de elaboração:
Janine Giuberti Coutinho (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)
Kathleen Sousa Oliveira (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)
Natacha Toral (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)
Patrícia Chaves Gentil (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)
Célio Luiz Cunha (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)
tAntônio Fagundes (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)

Colaboradores especiais:
Andréa Bonilha Bordin (SESA/ Paraná)
Elyne Engstrom (CECAN- Sudeste)
Maria Alice Lantmann (CEAN – RS)
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas (PUCPR/ FESAN-PR /CECAN-Sul)
Patrícia Sens (SESA/ Paraná)
Regina Maria Ferreira Lang (UFPR/CECAN-Sul)
Renilsa S. Amorim Souza (CMAN- Vitória/ ES)
Sílvia Maria Bittar (CECAN-Sul)
Sílvia Saldiva (Instituto de Saúde/ SP)
Sônia Francisca Costa (SESA/ BA)

Projeto gráfico e capa:
Alexandre Soares de Brito (CGPAN/ DAB/ SAS/ MS)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
61 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
ISBN 978-85-334-1536-2
1. Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional. 2. Vigilância nutricional. 3. Administração de serviços de saúde. 4. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0996

Títulos para indexação:
Em inglês: Protocols of Feeding and Nutritional Surveillance System – SISVAN in health care (Brazil)
Em espanhol: Protocolo del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN en la atención a la salud (Brasil)

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica. Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional.

Além do exposto e baseado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, faz-se necessário destacar que as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade quando possível.

Mais recentemente, com o movimento nacional em direção à discussão da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na gestão pública, o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde tem constituído o elenco de diretrizes estratégicas para a consolidação dessa política. Nesse campo, a ampliação da cobertura do SISVAN para grupos populacionais específicos, a capacitação de profissionais para as ações de VAN, bem como a disponibilização dos indicadores nutricionais como base para a formulação e implementação de políticas públicas de SAN figuram entre as principais exigências para o cumprimento dessa diretriz (BRASIL 2007a).

Para tanto, é necessário a padronização dos indicadores de diagnóstico do estado nutricional em diferentes fases da vida, bem como as rotinas de monitoramento nutricional com base em critérios epidemiológicos. Dessa forma, visa-se sistematizar, por meio de protocolos, a avaliação do estado nutricional do público que busca atendimento na rede básica de saúde. Por último este material destina-se principalmente aos profissionais de saúde que fazem parte da atenção básica e da média complexidade ambulatorial; portanto, não constitui um protocolo de atendimento em nível hospitalar, seja de média ou alta complexidade hospitalar.

São apresentados os protocolos de atendimento que devem ser aplicados em cada situação nutricional diagnosticada dentro das competências dos profissionais de saúde, incluindo o nutricionista, que atuam na atenção básica. Os protocolos do SISVAN fundamentam-se na nova lógica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde (BRASIL 2006a). Trata-se de um material elaborado coletivamente pelo Grupo de Trabalho do SISVAN, estabelecido pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição em parceria com Coordenações Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição.

2. MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Os marcos legais da atenção básica são os arcabouços teóricos que dão sustentação às ações de vigilância alimentar e nutricional, incluindo aquelas previstas nos protocolos de assistência à saúde. Dentre os principais espaços da atenção básica que compõem esse embasamento, destacam-se as leis e portarias relacionadas às ações da referida vigilância.

2.1. Leis:

- **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999:**



Lei Orgânica do SUS: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Define-se como campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar.

- **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006:**

Lei Orgânica de Segurança alimentar e Nutricional (LOSAN): cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Destaca-se que o SISAN tem como base, entre outras diretrizes, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo.

2.2. Portarias:

- **Portaria nº1.156, de 31 de agosto de 1990:**

Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e seus objetivos:

- manter o diagnóstico atualizado da situação do país, no que se refere aos problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública;
- identificar as áreas geográficas e grupos populacionais sob risco, avaliando as tendências temporais de evolução dos problemas detectados;
- reunir dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na gênese desses problemas;
- oferecer subsídios ao planejamento e à execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

- **Portaria nº080-P, de 16 de outubro de 1990:**

Constitui o Comitê Assessor do SISVAN para oferecer apoio técnico-operacional à implementação do SISVAN.

- **Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999:**

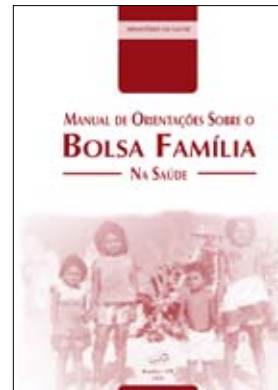


Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Dentre suas diretrizes, a PNAN abrange a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Além disso, destaca-se a terceira diretriz como importante espaço da atenção básica para as ações de vigilância, a qual se refere ao monitoramento da situação alimentar e nutricional.

- **Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004:**

Institui e divulga as orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde no SUS, em todo o território nacional. Destacam-se os objetivos do SISVAN, como o fornecimento de informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos Estados, a identificação de grupos populacionais sob risco de agravos nutricionais e a promoção do diagnóstico precoce destes agravos, possibilitando ações preventivas às suas conseqüências.

- **Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004:**



Trata-se de portaria estabelecida entre o Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 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. Determina que caberá ao setor público de saúde a oferta de serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de sete anos. Determina as competências das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e dos ministérios no Programa Bolsa Família para a vigilância alimentar e nutricional, que proverá as informações sobre o acompanhamento de saúde das famílias do Programa Bolsa Família.

- **Portaria nº 2.608/ GM, de 28 de dezembro de 2005:**

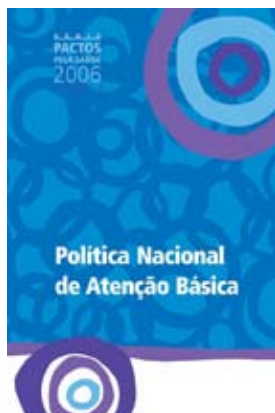
Define recursos financeiros da vigilância em saúde para incentivar a estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e de agravos não-transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais brasileiras. Dentre as ações para as quais podem ser transferidos tais recursos, destacam-se as que envolvem o estímulo a uma alimentação saudável e à prática de atividade física, a implementação da vigilância de saúde por meio de instrumentos de monitoramento, prevenção e vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco relativos às doenças e agravos não-transmissíveis. Para tanto, são utilizados os sistemas de informação existentes na análise da situação de saúde e no planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis.

- **Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006:**



Contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as seis prioridades pactuadas, destacam-se a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna e a promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e na alimentação saudável.

- **Portaria nº 648/ GM, de 28 de março de 2006:**



Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ressalta-se que o SISVAN está listado entre os bancos de dados nacionais de informação que podem ocasionar corte do Piso da Atenção Básica (PAB) dos municípios ou o Distrito Federal caso estes não realizem uma alimentação regular do sistema.

- **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006:**

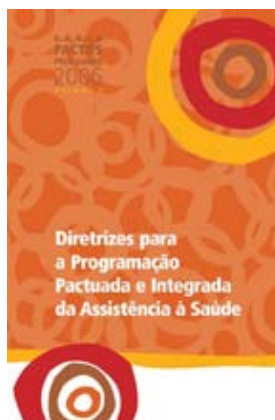


Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Entre as ações voltadas à alimentação saudável para o biênio de 2006-2007, destaca-se a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má-alimentação.

- **Portaria Interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006:**

Trata-se de portaria estabelecida entre o Ministério da Saúde e da Educação, que institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Define-se a referida promoção com base no monitoramento da situação nutricional dos escolares, entre outros eixos prioritários.

- **Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006:**



A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do SUS onde são definidas as ações de saúde para a população residente em cada território e efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Baseia-se em diversos parâmetros assistenciais, dos quais se destacam: saúde da criança (incluindo o crescimento e desenvolvimento), do adolescente, da mulher (incluindo o pré-natal), do adulto (incluindo os casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial), do idoso, do trabalhador e saúde nutricional (incluindo desnutrição, anemia, hipovitaminose A, obesidade em adultos e em crianças).

- **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008:**

Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Um dos indicadores principais da prioridade de fortalecimento da atenção básica refere-se à definição de metas para a redução do percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso por idade, com base nos dados do SISVAN. Como indicador complementar, destaca-se também o aumento da cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde.

2.3. Decreto

- **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007:**

Institui o Programa Saúde na Escola, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas com a rede de educação pública básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, compreendendo, entre outras ações, a avaliação nutricional dos escolares.

3. ABRANGÊNCIA DOS PROTOCOLOS DO SISVAN:

Tendo como base, em primeiro lugar, a Lei Orgânica do SUS, que destaca o papel da Saúde na realização da vigilância nutricional e orientação alimentar, e também os outros marcos legais da atenção básica que garantem potenciais ações de vigilância alimentar e nutricional, foram desenvolvidos os protocolos de atendimento que se destinam a todas as fases da vida, abrangendo crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, de forma a atender aos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

Considerando que no país as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases da vida em diferentes magnitudes, recomenda-se a ampliação da cobertura da vigilância alimentar e nutricional para todos os grupos populacionais. Devem ser adotados os seguintes critérios, baseados no perfil epidemiológico nacional, para definir e evidenciar os grupos populacionais mais vulneráveis a agravos de nutrição e saúde, associados ao diagnóstico antropométrico que detecta a vulnerabilidade nutricional:

- **vulnerabilidade etária:** abrange crianças menores de dois anos, gestantes adolescentes e idosos com mais de 80 anos;
- **vulnerabilidade por morbidade:** abrange casos de indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis, com especial atenção para portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade;
- **vulnerabilidade social:** corresponde aos beneficiários de programas sociais, de doação de alimentos ou de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, povos e comunidades tradicionais, moradores sem teto, pessoas em situação de rua, acampados e assalariados rurais e moradores de áreas favelizadas.

4. PROTOCOLOS DO SISVAN POR FASE DA VIDA

CRIANÇAS

Público:

Compreende todas as crianças menores de 10 anos, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias.

Conceitos específicos para esta fase da vida:

- **Classificação do estado nutricional:**
Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes critérios, segundo os índices antropométricos:

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade ¹	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para a idade ¹	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

1. Uma criança com a classificação de peso elevado para a idade pode ter problemas de crescimento, mas este não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação do excesso de peso entre crianças. Esta situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices de peso-para-estatura ou IMC-para-idade.

2. Uma criança classificada com estatura para idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alta, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, a criança deve ser referenciada para um atendimento especializado.

* Nota: A Organização Mundial da Saúde apresenta referências de peso-para-estatura apenas para menores de 5 anos pelo padrão de crescimento de 2006. A partir dessa idade, deve ser utilizado o Índice de Massa Corporal para idade para avaliar a proporção entre o peso e a estatura da criança.

Para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, são adotadas como referência as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (WHO 2006), e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (WHO 2007), que corresponde a uma reanálise dos dados do National Center for Health Statistics - NCHS. Para maiores informações sobre a análise de dados antropométricos na população infantil, consulte o capítulo correspondente na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL no prelo).

- **Tipos de aleitamento materno e práticas alimentares:**

A alimentação de crianças, principalmente daquelas menores de 2 anos, deve ser cuidadosamente avaliada, pois esta faixa etária é a mais vulnerável para a ocorrência de desnutrição e deficiências de micronutrientes. Deve ser investigada a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos.

Para se avaliar a prática de aleitamento materno, são possíveis as seguintes classificações, que são adotadas na Vigilância Alimentar (Anexo 1):

- Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.
- Alimentação complementar: a criança recebe o leite materno, mas também recebe alimentos sólidos e semi-sólidos, incluindo o leite não-humano.
- Não recebe leite materno: a criança já mantém uma alimentação com alimentos sólidos e semi-sólidos, sem o aleitamento materno.

- **Anemia ferropriva e falciforme:**

A anemia pode ser definida como um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue está anormalmente baixa, em consequência da carência de um ou mais nutrientes, como folatos,

proteínas, vitamina B12, cobre, e principalmente ferro. A anemia por deficiência de ferro, ou anemia ferropriva, é atualmente um dos mais graves problemas nutricionais no mundo. Frequentemente, esta anemia é determinada pela ingestão deficiente de alimentos ricos em ferro ou pela inadequada utilização orgânica.

A população infantil é considerada um dos grupos mais vulneráveis, devido ao rápido crescimento que ocorre nesse período da vida. A distribuição normal da hemoglobina no sangue varia em função da idade e do sexo da criança. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a criança de 6 a 59 meses de idade é considerada anêmica quando apresenta hemoglobina sérica inferior a 11,0 g/dl; para crianças com idade entre 5-11 anos, o ponto de corte é de 11,5 g/dl (WHO 2001).

Já a anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice, daí o nome “falciforme”. Nesse formato, as hemácias não exercem a função de oxigenação do corpo de forma satisfatória. A anemia falciforme causa diversas complicações em órgãos e sistemas: além da anemia crônica, há episódios de dores ósteo-articulares, dores abdominais, infecções, enfartes, entre outros agravos.

No Brasil, pelo fato de o país ter recebido uma grande população de escravos e por apresentar alto grau de mistura de raças, existem muitas pessoas portadoras da anemia falciforme, principalmente os afrodescendentes. Apesar de não ter cura, existe tratamento. O programa de atenção integral é uma reivindicação antiga do movimento de homens e mulheres negras e que, além da vulnerabilidade biológica, pertencem em grande maioria aos segmentos sociais de maior risco (BRASIL, 2007b).

A anemia falciforme pode ser detectada no recém-nascido por meio do “Teste de Pezinho”, realizado na primeira semana de vida nas unidades básicas de saúde. O exame de detecção da doença falciforme foi incluído na fase II do Programa Nacional de Triagem Neonatal, instituído pela Portaria nº 822/ GM, de 6 de junho de 2001. A partir dos 4 meses de idade, a identificação da anemia falciforme é realizada por meio da eletroforese da hemoglobina.

- **Deficiência de vitamina A:**

A vitamina A é um micronutriente essencial à manutenção das funções fisiológicas normais do organismo. Ressaltam-se as funções ligadas ao sistema visual, diferenciação celular, crescimento, reprodução e sistema imune. Estima-se que no mundo, aproximadamente 190 milhões de indivíduos apresentem deficiência subclínica, 13 milhões xeroftalmia, e como consequência dessa, 250.000 a 500.000 crianças sofrem de cegueira irreversível anualmente (SOMMER, 1996).

A qualidade alimentar é de extrema importância para o amadurecimento das estruturas neurológicas que favorecem o processo de aprendizado. A ingestão inadequada de alimentos fonte de vitamina A é conhecida como principal fator etiológico desta carência, e a exclusão dos alimentos fonte da vitamina ou o baixo consumo estão mais relacionados a questões culturais e hábitos alimentares do que a fatores econômicos (RAMALHO, 2000).

Segundo a OMS, a prevalência de níveis séricos de retinol $\leq 0,70 \mu\text{mo/L}$ em 2% a < 10% da população infantil de 6 a 71 meses de idade indica problema de saúde pública leve, de 10% a < 20%,

problema moderado e ≥ 20%, grave (WHO, 1996). O ponto de corte < 1,05 μmo/L tem sido adotado mais recentemente para a identificação da carência subclínica no grupo materno-infantil (FAO/WHO, 1998).

• **Pressão arterial:**

Os valores limites de pressão arterial normal para crianças são avaliados por tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra (BRASIL 2006b).

• **Glicemia:**

Entre os principais testes laboratoriais utilizados para a triagem do diabetes, destacam-se a glicemia de jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) (BRASIL 2006c). A glicemia de jejum identifica o nível de glicose no sangue após a realização de um jejum de 8 a 12 horas. O TTC-75g apresenta o nível de glicose no sangue após uma carga de 75g de glicose que é administrada ao indivíduo em jejum. Os critérios dessa avaliação para crianças são os mesmos adotados para adultos:

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dl)	Glicemia 2hrs após TTG-75g (mg/dl)
Normal	< 110	< 140
Hiperglicemia intermediária (Glicemia de jejum alterada ou Tolerância à glicose diminuída)	110-125	140-199
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006c.

Instrumentos para a operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança pediátrica e de plataforma; infantômetro (estadiômetro infantil ou horizontal) e estadiômetro vertical;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Declaração de nascido vivo e/ou Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde;
- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para a criança;
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- a) Calcular a idade da criança em meses, fazendo as aproximações necessárias (para maiores informações sobre a avaliação da idade, consulte o capítulo de crianças na publicação “Vigilância

Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL *no prelo*).

- b) Pesar e medir a criança segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN;
- c) Avaliar os índices antropométricos a partir dos gráficos ou tabelas de crescimento infantil;
- d) Avaliar a orientação da curva de crescimento, segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal ou descendente)
- e) Registrar os dados na Caderneta de Saúde da Criança;
- f) Investigar a prática de aleitamento materno ou a introdução de alimentos ou ainda a alimentação habitual da criança, dependendo de sua idade (Anexos 1 e 2);
- Para crianças até 2 anos incompletos, investigar a introdução de alimentação complementar e consumo de grupos de alimentos, como leite e derivados, açúcares e doces, cereais e derivados, espessantes, frutas, raízes, tubérculos e derivados, carnes e ovos, leguminosas, verduras e legumes, entre outros. Recomenda-se que a investigação do consumo alimentar seja realizada por meio do instrumento específico do SISVAN (Anexo 1). No caso da identificação de risco de anemia ferropriva, deve-se avaliar a necessidade de solicitação de exames para o diagnóstico.
 - Para crianças a partir de 2 anos, investigar o consumo habitual de alimentos dos diferentes grupos e a adoção de comportamentos relacionados a um aumento do risco para desvios nutricionais, incluindo possíveis carências de micronutrientes. Recomenda-se que a investigação do consumo alimentar seja realizada por meio do instrumento específico do SISVAN (Anexos 1 e 2). No caso da identificação de risco de anemia ferropriva, deve-se avaliar a necessidade de solicitação de exames para o diagnóstico.
- g) Avaliar os hábitos alimentares da criança, a disponibilidade e variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- h) Avaliar resultados de exames bioquímicos, incluindo hemoglobina sérica quando identificada a presença de anemia ferropriva ou falciforme;
- i) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, funcionamento intestinal, etc);
- j) Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que a criança passa em frente a vídeos (televisão, computador, vídeo-game, etc) por dia;
- k) Avaliar a alimentação da criança no ambiente escolar e as possíveis influências nas suas escolhas alimentares.

Análise dos dados encontrados:

- a) Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:
Apresentar o diagnóstico encontrado à mãe ou responsável pela criança no momento do

atendimento, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso. São situações de alerta entre crianças:

- peso elevado para idade, com curva de crescimento ascendente;
- curvas de crescimento horizontal ou descendente entre crianças eutróficas;
- muito baixo peso;
- déficit de altura.

Para menores de 2 anos, o déficit de altura pode ser recuperado na maioria dos casos com uma *intervenção adequada e imediata*.

b) Orientações a partir dos achados clínicos e bioquímicos:

- Orientar a mãe ou responsável quanto aos resultados dos exames clínicos e bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados com a criança.
- Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta de um profissional de saúde de outra especialidade (ver periodicidade recomendada para cada caso).
-

c) Orientações a partir da avaliação de consumo alimentar:

- Avaliar a necessidade de solicitação de exames clínicos e bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) e oferecer orientação alimentar.

Orientar a mãe ou responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada com o objetivo de que a criança supra suas necessidades nutricionais e garanta crescimento e desenvolvimento adequados, com base nas diretrizes dos Guias Alimentares do Ministério da Saúde.

Caso a criança já esteja com a alimentação adequada para a idade, reforçar as orientações quanto à oferta de acordo com a frequência recomendada para a idade. Se a família tiver problemas de acesso à alimentação e se a criança não estiver inscrita em programa de suplementação alimentar ou de transferência direta de renda, relatar o problema ao supervisor de equipe para que este possa orientar a mãe sobre como proceder para ter acesso a esses programas. É importante fazer contato com a Secretaria de atenção Social ou similar do Município e do Estado, para buscar soluções em conjunto e dar encaminhamento à dificuldade vivenciada pela família.

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS:

- Estimule o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Verifique sempre a existência de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente a mãe para uma alimentação mais adequada de acordo com recomendações para crianças saudias, excetuando-se bebês em aleitamento materno exclusivo. Fundamente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos” (Anexo 3) e os “10 passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos” (Anexo 4). Os princípios da alimentação saudável, apresentadas no “Guia Alimentar para a população Brasileira” e as recomendações para crianças com 2 anos aplicam-se a todas as crianças com 2 anos ou mais, devendo ser ajustadas às suas necessidades individuais;
- Para as crianças entre 6 e 18 meses, oriente sobre a suplementação de ferro, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde;
- Para as crianças entre 6 e 59 meses que residam em área de risco da deficiência, oriente sobre a suplementação de vitamina A, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde. No Brasil, são consideradas áreas de risco a região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo;
- Oriente a mãe sobre vacinação, cuidados gerais, higiene e estimulação de acordo com a idade da criança;
- Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular, principalmente entre crianças acima de 4 anos;
- Registre sempre as informações sobre o estado nutricional da criança na Caderneta de Saúde da Criança e não se esqueça de apresentar a avaliação do crescimento da criança à mãe ou responsável;
- Parabeneze a mãe ou responsável quando o crescimento da criança e sua alimentação estiverem adequados. Oriente adequadamente no caso de identificação de risco nutricional;
- Reforce as recomendações alimentares de acordo com a idade da criança, em especial se houver uma mudança de faixa etária que exija novas condutas, até a data do próximo atendimento. Valorize também as referências favoráveis à nutrição e saúde presentes na cultura alimentar familiar.

Nos casos de baixo peso para idade:

Para crianças menores de 2 anos:

- Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade (ou retorno ao aleitamento materno exclusivo, quando recomendado ou possível);
- Se a criança não ganhar peso, ofereça os mesmos cuidados de crianças com peso muito baixo ou encaminhe para serviços de recuperação nutricional e programas de outros setores, ligados à assistência alimentar (programas da área de educação, de abastecimento, assistência social, etc). Deve-se encaminhar a mãe para ter acesso aos recursos disponíveis na rede de proteção social, nos diferentes setores de governo e que podem favorecer a segurança alimentar e nutricional da criança.
- Adote as recomendações apresentadas nos “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos” (Anexo 3).

Para crianças maiores de 2 anos:

- Investigue possíveis causas com atenção especial para a introdução da alimentação complementar inadequada, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene, oriente corretamente a mãe ou cuidador, e ofereça o tratamento adequado ou encaminhamento necessário para que isso ocorra;
- Meça a estatura da criança; esteja atento à presença de baixa estatura, além do baixo peso, já que se trata de um problema relacionado ao atraso na capacidade intelectual, baixo rendimento escolar, menor capacidade física para o trabalho, além de ser considerado como um determinante do maior risco para gerar crianças com baixo peso ao nascer entre as mulheres.
- Adote as recomendações apresentadas nos “10 passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos” (Anexo 4).

Fontes: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica nº 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Séria A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Resumo de informações coletadas:

Baseado no exposto acima, o atendimento nutricional na atenção básica deve coletar as seguintes informações:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Raça/cor;
- Data do atendimento;
- Peso;
- Estatura;

- Classificação segundo índices antropométricos;
- Tipo de aleitamento materno/ prática alimentar;
- Presença de anemia ferropriva ou falciforme, quando houver suspeitas desses diagnósticos;
- Hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- Exames clínicos e bioquímicos;
- Outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes.



Periodicidade de registro no SISVAN Web para crianças:

O registro do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar de crianças no SISVAN Web deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, determinado pelo Ministério da Saúde. Isto é, deve ser realizado o registro aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A partir dos 3 anos, recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro (acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar) por ano até que a criança complete 10 anos.

OBSERVAÇÃO: Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano. Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente.

SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola, publicado em 6.286 de 5 de dezembro de 2007, é um programa que envolve os Ministérios da Saúde e Educação, e que tem como principal objetivo “promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e educação”. Prevenindo e promovendo a saúde, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do estudante.

De forma a atender ao Programa Saúde na Escola, a avaliação do estado nutricional e alimentar de crianças em fase escolar, realizado pelas equipes de Saúde da Família, poderá ser registrado no SISVAN Web. Ao registrar o acompanhamento no sistema informatizado, os escolares devem ser vinculados ao “Saúde na Escola” disponível como Tipo de Acompanhamento. Os escolares deverão ser mensurados a cada semestre. Esses dados alimentarão o sistema e devem servir de subsídio para as ações de prevenção de doenças crônicas e agravos nutricionais nessa população.

Vigilância alimentar e nutricional na atenção básica: proposta de atendimento prevista para esta fase da vida.

CRIANÇAS		
FASE DA VIDA	CONSULTAS	OBSERVAÇÃO
Recém-nascido (até 29 dias de vida) com ≥ 2500g até 12 meses	3 consultas médicas/ ano 4 consultas de enfermagem/ ano 2 atividades educativas/ ano (para mãe ou responsável)	Monitorar crescimento, aleitamento materno, alimentação e investigar anemia
1 aos 2 anos	1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável)	Monitorar crescimento, aleitamento materno, alimentação e investigar anemia
2 aos 10 anos	1 consulta médica/ ano 1 atividade educativa/ ano (para mãe ou responsável)	Monitorar crescimento, alimentação e investigar anemia

CRIANÇAS SOB CONDIÇÕES DE RISCO À SAÚDE					
FASE DA VIDA	CONDIÇÃO DE RISCO	INDICADORES NUTRICIONAIS	CONSULTAS E EXAMES	OBSERVAÇÃO	
Recém-nascido (até 29 dias de vida)	Baixo peso ao nascer	Peso ao nascer < 2.500 g	7 consultas médicas/ 1º ano de vida 6 consultas de enfermagem/ 1º ano de vida (segundo estado nutricional)	Monitorar crescimento e aleitamento materno	Investigar causas para o não AME, ver possibilidade de retorno ao AME
	Sem aleitamento materno exclusivo (AME)	Oferta de bebidas ou alimentos semi-sólidos		Monitorar crescimento, aleitamento materno e investigar anemia. Indicar para alta complexidade.	
≥ 1 mês a < 6 meses	Peso muito baixo peso para idade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: < Percentil 0,1 (ou < Score-z -3)	1 consulta médica/ mês 1 consulta de nutrição/ mês (para crianças < 3 meses) e 1 consulta de nutrição/ bimestre (para crianças de 3-6 meses)	Monitorar crescimento, aleitamento materno e investigar anemia.	
	Peso baixo para idade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: ≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3 (≥ Score-z -3 e < Score-z -2)		Monitorar crescimento, aleitamento materno e investigar anemia	
	Peso elevado para idade/ Sobre peso ou Obesidade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: > Percentil 97 (> Score-z +2)	1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar crescimento, aleitamento materno, pressão arterial, glicemia e investigar anemia	
	Anemia falciforme	Presença de Hb S	(segundo estado nutricional)	Orientar quanto à prevenção de infecções, acompanhamento hematológico, educação dos pais e da criança.	
	Sem aleitamento materno exclusivo (AME)	Oferta de bebidas ou alimentos semi-sólidos	(segundo estado nutricional)	Investigar causas para o não AME, ver possibilidade de retorno ao AME	

CRIANÇAS SOB CONDIÇÕES DE RISCO À SAÚDE					
FASE DA VIDA	CONDIÇÃO DE RISCO	INDICADORES NUTRICIONAIS	CONSULTAS E EXAMES	OBSERVAÇÃO	
≥ 6 a < 24 meses	Peso muito baixo peso para idade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: < Percentil 0,1 (ou < Escore-z -3)	1 consulta médica/ bimestre no 1º ano de vida 1 consulta de nutrição/ bimestre no 1º ano de vida	Monitorar crescimento, aleitamento materno, alimentação, e investigar anemia. Indicar para alta complexidade se necessário	
	Peso baixo para idade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: ≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3 (≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2)	1 consulta médica/ bimestre	Monitorar crescimento, aleitamento materno, alimentação, e investigar anemia	
	Peso elevado para idade/ Sobre peso ou Obesidade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: > Percentil 97 (> Escore-z +2)	1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar crescimento, aleitamento materno, pressão arterial, glicemia e investigar anemia	
	Sem aleitamento materno	Oferta de bebidas ou alimentos semi-sólidos	(segundo estado nutricional)	Investigar alimentação complementar	
	Anemia ferropriva	Hemoglobina < 11,0 g/dl	6 consultas médicas e de enfermagem / ano (para crianças de 6-18 meses) 1 consulta de nutrição/ ano (para crianças de 6-18 meses) 3 exames de hemoglobina sérica/ ano (para crianças de 6-18 meses)	Investigar causas para a anemia, orientação alimentar, ver uso de medicamento	
	Anemia falciforme	Presença de Hb S	(segundo estado nutricional)	Orientar quanto à prevenção de infecções, acompanhamento hematológico, educação dos pais e da criança	
	Hipovitaminose A	Níveis séricos de retinol < 1,05 µmo/L	2 consultas médicas/ ano	Orientar quanto ao consumo de alimentos fontes de vitamina A, ver uso de medicamento, educação dos pais e da criança	

CRIANÇAS SOB CONDIÇÕES DE RISCO À SAÚDE					
FASE DA VIDA	CONDIÇÃO DE RISCO	INDICADORES NUTRICIONAIS	CONSULTAS E EXAMES	OBSERVAÇÃO	
≥ 2 a <10 anos	Peso baixo para idade	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: < Percentil 3 (< Escore-z -2)	1 consulta médica/ bimestre (para crianças de 2 a 5 anos)	Monitorar crescimento, alimentação, e investigar anemia	
	Peso elevado para idade/ Obesidade ou Obesidade Grave	Peso-para-idade ou IMC-para-idade: > Percentil 97 (> Escore-z +2)	1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar crescimento, pressão arterial e glicemia	
	Anemia falciforme	Presença de Hb S	(segundo estado nutricional)	Orientar quanto à prevenção de infecções, acompanhamento hematológico, educação dos pais e da criança	

ADOLESCENTES

Público:

Compreende todos os indivíduos com idade entre 10 e 20 anos incompletos.

Conceitos específicos para esta fase da vida:

• Classificação do estado nutricional:

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes critérios, segundo os índices antropométricos:

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade ²
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1 – Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

1. Um adolescente classificado com IMC-para-idade abaixo do percentil 0,1 (Escore-z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se 1 adolescente nessa situação para cada 1000. Contudo, alguns casos correspondem a transtornos alimentares. Em caso de suspeita dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para um atendimento especializado.
2. Um adolescente classificado com estatura-para-idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alto, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, o adolescente deve ser referenciado para um atendimento especializado.

Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes, deve ser adotada a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (WHO 2007), que corresponde a uma reanálise dos dados do National Center for Health Statistics – NCHS (1977). Para maiores informações sobre a

análise de dados antropométricos na população adolescente, consulte o capítulo correspondente na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL *no prelo*).

• Maturação sexual:

A identificação do estágio de maturação sexual do adolescente, realizada por meio da avaliação do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, permite identificar em que fase de seu desenvolvimento puberal o mesmo se encontra. O estagiamento desta maturação foi sistematizado por Tanner (1989). Dessa forma, devem ser adotadas as planilhas dos critérios de Tanner (Anexo 5), identificando o estágio correspondente para o desenvolvimento da genitália e pilosidade pubiana no caso dos meninos e mamas e pilosidade pubiana no caso das meninas.

• Anemia ferropriva e falciforme:

A adolescência, assim como a infância, também é um período suscetível à ocorrência de anemia, pois, além de ser uma fase de crescimento intenso, entre as meninas há o início da perda de ferro nos ciclos menstruais e com as possíveis gestações. Logo, a distribuição normal de hemoglobina no sangue nesta fase da vida varia em função da idade, do sexo e da prática de tabagismo do adolescente. Segundo a OMS, adolescentes com idade entre 10-11 anos são considerados anêmicos quando apresentam valores de hemoglobina inferiores a 11,5 g/dl. Para adolescentes com idade a partir de 12 anos, o ponto de corte para anemia é 12,0 g/dl (WHO 2001).

Quanto à anemia falciforme, sua detecção é realizada entre adolescentes por meio da eletroforese da hemoglobina (consulte o protocolo de crianças para maiores informações sobre a anemia falciforme).

• Lipidograma:

As dislipidemias, que correspondem a alterações nos teores de lipídios ou gorduras no sangue, têm se manifestado de forma cada vez mais precoce entre os adolescentes. Estas alterações, frequentemente associadas a uma alimentação desequilibrada, são diagnosticadas por meio do lipidograma, exame que avalia as diferentes frações de colesterol e os triglicerídeos no sangue. Os critérios dessa avaliação para adolescentes são os mesmos adotados para adultos:

LIPIDOGRAMA	RECOMENDAÇÃO
Triglicerídeos	< 150 mg/ dL
HDL - colesterol	Para homens: > 40 mg/ dL Para mulheres: > 50 mg/ dL
LDL - colesterol	< 160 mg/ dL

• Pressão arterial:

Os valores limites de pressão arterial normal para adolescentes são avaliados por tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra (BRASIL 2006b).

• **Glicemia:**

Entre os principais testes laboratoriais utilizados para a triagem do diabetes, destacam-se a glicemia de jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) (BRASIL 2006c). A glicemia de jejum identifica o nível de glicose no sangue após a realização de um jejum de 8 a 12 horas. O TTC-75g apresenta o nível de glicose no sangue após uma carga de 75g de glicose que é administrada ao indivíduo em jejum. Os critérios dessa avaliação para adolescentes são os mesmos adotados para adultos:

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dl)	Glicemia 2hrs após TTG-75g (mg/dl)
Normal	< 110	< 140
Hiperglicemia intermediária (Glicemia de jejum alterada ou Tolerância à glicose diminuída)	110-125	140-199
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006c.

Instrumentos para a operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança de plataforma e estadiômetro vertical;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do IMC;
- Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde;
- Tabelas de valores de IMC para classificação do estado nutricional do adolescente, segundo sexo;
- Planilhas de Tanner para identificação do desenvolvimento puberal;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para o adolescente;
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- a) Calcular a idade do adolescente em anos;
- b) Pesar e medir o adolescente, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN;
- c) Avaliar os índices antropométricos a partir dos gráficos ou tabelas de crescimento do adolescente;
- d) Registrar os dados na Caderneta de Saúde do Adolescente;
- e) Avaliar os hábitos alimentares do adolescente, a disponibilidade e variedade de alimentos na família, o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc), além do consumo alimentar no ambiente escolar;

- f) Avaliar resultados de exames bioquímicos, incluindo hemoglobina sérica para investigação de anemia ferropriva;
- g) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, funcionamento intestinal, etc);
- h) Avaliar a prática de atividade física e o número de horas que o adolescente passa em frente a vídeos (televisão, computador, vídeo-game, etc) por dia.

Análise dos dados encontrados

- a) Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:
Apresentar ao adolescente e/ou responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre adolescentes: excesso de peso; baixo peso; e identificação de práticas alimentares inadequadas.
- b) Orientações a partir dos achados clínicos:
Orientar o adolescente e/ou responsável quanto aos resultados dos exames clínicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames. Avaliar a necessidade de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).
- c) Orientações sobre alimentação:
Orientar o adolescente e/ou responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada para que sejam supridas suas necessidades nutricionais e garantido seu crescimento e desenvolvimento adequados. Trabalhar a estratégia de educação alimentar e nutricional, valorizando referências favoráveis à nutrição e saúde presentes na cultura alimentar do adolescente e/ou de sua família.

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA ADOLESCENTES:

- Estimule o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Verifique a presença de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente o adolescente e/ou responsável para uma alimentação mais adequada de acordo com as recomendações, segundo seu estágio de maturação sexual e fundamente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável” (Anexo 6);
- Investigue dislipidemias e ofereça orientações pertinentes ao resultado do lipidograma;
- Oriente o adolescente e/ou responsável sobre vacinação e hábitos de saúde (prevenção e combate ao tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas, orientação sexual, etc);
- Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular sob orientação;
- Parabenize o adolescente e/ou responsável que apresentar crescimento satisfatório e práticas alimentares adequadas;
- <u>No caso de baixo peso</u> : investigue possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente, alto gasto energético (excesso de atividade física), sinais de transtornos alimentares (indução de vômitos, uso de laxantes ou medicamentos para emagrecer, preocupação excessiva com a imagem corporal, entre outros); oriente corretamente o adolescente e/ou responsável quanto à prática alimentar, visando ao ganho de peso e a garantia do crescimento saudável;
- Registre as informações sobre o estado nutricional do adolescente na Caderneta de Saúde do Adolescente, quando houver, ou em formulários apropriados.

Resumo de informações coletadas:

- Baseado no exposto acima, o atendimento nutricional na atenção básica realizada com pacientes adolescentes deve coletar as seguintes informações:
- Nome completo;
 - Data de nascimento;
 - Sexo;
 - Raça/cor;
 - Data do atendimento;
 - Peso;
 - Altura;
 - Classificação segundo índices antropométricos;

- Presença de anemia ferropriva ou falciforme, quando houver suspeitas desses diagnósticos;
- Hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e na escola e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- Exames clínicos e bioquímicos;
- Outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes.



Periodicidade de registro no SISVAN Web para adolescentes:
Recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar do adolescente no SISVAN Web até que este complete 20 anos.

OBSERVAÇÃO: Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano. Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente.

SAÚDE NA ESCOLA
O Programa Saúde na Escola, publicado em 6.286 de 5 de dezembro de 2007, é um programa que envolve os Ministérios da Saúde e Educação, e que tem como principal objetivo “promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e educação”. Prevenindo e promovendo a saúde, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do estudante. De forma a atender ao Programa Saúde na Escola, a avaliação do estado nutricional e alimentar de adolescentes, realizado pelas equipes de Saúde da Família, poderá ser registrado no SISVAN Web. Ao registrar o acompanhamento no sistema informatizado, os escolares devem ser vinculados ao “Saúde na Escola” disponível como Tipo de Acompanhamento. Os adolescentes deverão ser mensurados a cada semestre. Esses dados alimentarão o sistema e devem servir de subsídio para as ações de prevenção de doenças crônicas e agravos nutricionais nessa população.

Vigilância alimentar e nutricional na atenção básica: proposta de atendimento prevista para esta fase da vida

ADOLESCENTES		
FASE DA VIDA	CONSULTAS	OBSERVAÇÃO
10 aos 19 anos	1 consulta médica/ ano 2 consultas de enfermagem/ ano 4 atividades educativas/ ano	Monitorar crescimento, alimentação e investigar anemia

ADOLESCENTES SOB CONDIÇÕES DE RISCO À SAÚDE				
FASE DA VIDA	CONDIÇÃO DE RISCO	INDICADORES NUTRICIONAIS	CONSULTAS E EXAMES	OBSERVAÇÃO
≥ 10 a < 20 anos	Obesidade	IMC para idade: > Percentil 97 (ou > Score-z +2) LDL-colesterol > 160mg/dl Hipertensão arterial	6 consultas de nutrição/ ano 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar crescimento, pressão arterial, glicemia e investigar práticas alimentares, maturação sexual, anemia e atividade física
	Dislipidemias, hipertensão arterial ou glicemia alterada	LDL-colesterol ≥ 160mg/dl Valores elevados de pressão arterial sistólica e diastólica alterados conforme idade Glicemia ≥ 110mg/dl	(segundo estado nutricional)	Investigar causas para a situação, orientação alimentar, ver uso de medicamentos
	Anemia ferropriva	Hemoglobina < 11,5 g/dl ou 12,0 g/dl (conforme idade)	(segundo estado nutricional)	Investigar causas para a anemia, orientação alimentar, ver uso de medicamento
	Anemia falciforme	Presença de Hb S	(segundo estado nutricional)	Orientar quanto à prevenção de infecções, acompanhamento hematológico, educação dos pais e do adolescente

ADULTOS

Público:

Compreende todos os indivíduos com idade entre 20 e 60 anos incompletos.

Conceitos específicos para esta fase da vida:

- Classificação do estado nutricional:**
Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do adulto:

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	< 18,5 kg/ m²	Baixo peso
	≥ 18,5 e < 25 kg/ m²	Eutrófico
	≥ 25 e < 30 kg/ m²	Sobrepeso
	≥ 30 kg/ m²	Obesidade

Os pontos de corte adotados para o IMC seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO 1995). Para maiores informações sobre a análise de dados antropométricos na população adulta, consulte o capítulo correspondente na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL *no prelo*).

- Circunferência da cintura**

Circunferência da Cintura	Risco Aumentado para Doenças Cardiovasculares
≥ 80,0 cm	Para Mulheres
≥ 94,0 cm	Para Homens

A circunferência da cintura permite identificar a localização da gordura corporal, já que o padrão de distribuição do tecido adiposo em indivíduos adultos tem relação direta com o risco de morbimortalidade. Os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO 2000).

• **Lipidograma:**

Para indivíduos adultos, as recomendações quanto aos teores de lipídios ou gorduras no sangue são apresentadas a seguir:

LIPIDOGRAMA	RECOMENDAÇÃO
Triglicerídeos	< 150 mg/ dL
HDL - colesterol	Para homens: > 40 mg/ dL Para mulheres: > 50 mg/ dL
LDL - colesterol	< 160 mg/ dL

• **Pressão arterial:**

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. O quadro a seguir apresenta a classificação da pressão arterial para adultos. Destaca-se que o valor mais alto de pressão sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006b.

• **Glicemia:**

No atendimento nutricional, é importante avaliar a presença de sintomas clássicos de diabetes, que são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Em associação, os testes laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada são: glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TTG- 75g) e glicemia casual.

O diagnóstico do diabetes é estabelecido: a) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia casual maior ou igual a 200 mg/dL, seja esta realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; b) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, devendo ser confirmado este exame com nova glicemia; ou c) na presença dos sintomas de diabetes e de glicemia de 2 horas maior ou igual a 200 mg/dL no teste de tolerância à glicose, devendo ser confirmado este exame com nova glicemia.

A seguir, é apresentada a interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose.

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dl)	Glicemia 2hrs após TTG-75g (mg/dl)
Normal	< 110	< 140
Hiperglicemia intermediária (Glicemia de jejum alterada ou Tolerância à glicose diminuída)	110-125	140-199
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2006c.

Instrumentos para a operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança de plataforma, estadiômetro vertical e fita métrica;
- Calculadora ou disco de antropometria para a identificação do IMC;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para o adulto;
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- a) Pesar e medir o adulto, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN;
- b) Realizar a aferição da medida da cintura do adulto, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN;
- c) Calcular o IMC do adulto e classificar seu estado nutricional;
- d) Avaliar os hábitos alimentares do adulto, a disponibilidade e variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- e) Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos;
- f) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal, etc).

Análise dos dados encontrados:

a) Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:

Apresentar ao adulto o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre adultos: sobrepeso; obesidade; e baixo peso.

b) Orientações a partir dos achados clínicos e bioquímicos:
Orientar o adulto quanto aos resultados dos exames clínicos e bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).

c) Orientações sobre alimentação:
Orientar o adulto quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e garanta a manutenção ou restabelecimento da saúde. Fundamentar as orientações nos “10 passos da alimentação saudável” (Anexo 6) e no Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde (BRASIL 2006d). Trabalhar a estratégia de educação alimentar e nutricional, valorizando referências favoráveis à nutrição e saúde presentes na cultura alimentar do indivíduo e/ou de sua família.

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA ADULTOS:

- Verifique a existência de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente o adulto para uma alimentação adequada de acordo com as recomendações. Fundamente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável” (Anexo 6);
- Investigue dislipidemias, diabetes e hipertensão arterial e ofereça orientações pertinentes aos resultados dos exames. As pessoas com esses diagnósticos devem ser encaminhadas para atendimento por nutricionista e para grupos de educação em saúde, conforme orientação da Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;
- Verifique e estimule a atividade física regular sob orientação, seguindo a diretriz especial 1 do <i>Guia Alimentar para a População Brasileira</i> ;
- <u>No caso de baixo peso:</u> investigue possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente, alto gasto energético (excesso de atividade física) e oriente corretamente o adulto quanto à alimentação, visando o ganho de peso;
- <u>No caso de obesidade:</u> proponha uma redução moderada da ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos (BRASIL 2006e);
- Se necessário, ofereça tratamento adequado para as intercorrências clínicas apresentadas ou encaminhe para atendimento de outra especialidade.

Resumo de informações coletadas:

Baseado no exposto acima, o atendimento nutricional na atenção básica realizada com pacientes adultos deve coletar as seguintes informações:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Raça/cor;
- Data do atendimento;
- Peso;
- Altura;
- Circunferência da cintura;
- Classificação segundo o IMC;
- Hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- Exames clínicos e bioquímicos;
- Outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes.

	<u>Periodicidade de registro no SISVAN Web para adultos:</u> Recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar do adulto no SISVAN Web até que este complete 60 anos.
OBSERVAÇÃO: Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano. Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente.	

ADULTOS SOB CONDIÇÕES DE RISCO À SAÚDE				
FASE DA VIDA	CONDIÇÃO DE RISCO	INDICADORES NUTRICIONAIS	CONSULTAS E EXAMES	OBSERVAÇÃO
≥ 30 e < 59 anos*	Obesidade	≥ 30 kg/ m²	1 consulta de nutrição/ bimestre 1 lipidograma completo/ ano	Monitorar peso e circunferência da cintura, pressão arterial, glicemia, e investigar práticas alimentares, doenças associadas e atividade física
	Diabetes Mellitus	Glicemia ≥ 126 mg/dl	4 consultas médicas/ ano 6 consultas de enfermagem/ ano 4 consultas de nutrição/ ano 6 atividades educativas/ ano 4 glicemias em jejum/ ano 1 lipidograma completo/ ano	Investigar causas para a situação, orientação alimentar, ver uso de medicamentos
	Hipertensão Arterial	Pressão arterial sistólica e diastólica ≥ 120mmHg e 80mmHg respectivamente	2 consultas médicas/ ano 6 consultas de enfermagem/ ano 2 consultas nutrição/ ano 6 atividades educativas/ ano 4 glicemias em jejum/ ano 1 lipidograma completo/ ano	Investigar causas para a situação, orientação alimentar, ver uso de medicamentos
	Circunferência da cintura elevada	≥ 80 cm para mulheres e ≥ 94 cm para homens	(segundo estado nutricional)	Investigar os fatores de risco de doenças crônicas não-transmissíveis
	Dislipidemias	LDL-colesterol ≥ 160mg/dl ou outra alteração no lipidograma	(segundo estado nutricional)	Investigar causas para a dislipidemia, orientação alimentar, ver uso de medicamento

* Segundo a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde, as consultas previstas para a Saúde do Adulto são destinadas ao público acima de 30 anos de idade. Não há previsão de consultas para indivíduos sem risco nutricional ou de saúde aparente.

IDOSOS

Público:

Compreende todos os indivíduos com idade igual ou maior do que 60 anos.

Conceitos específicos para esta fase da vida:

- Classificação do estado nutricional:**
Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes conceitos, segundo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) do idoso:

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	< 22 kg/ m²	Baixo peso
	≥ 22 e < 27 kg/ m²	Eutrófico
	≥ 27 kg/ m²	Sobrepeso

Os pontos de corte de IMC adotados para a classificação do estado nutricional de idosos correspondem à recomendação proposta pela Associação Dietética norte-americana (ADA 1994). Para maiores informações sobre a análise de dados antropométricos na população idosa, consulte o capítulo correspondente na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL *no prelo*).

- Lipidograma:**
Para indivíduos idosos, as recomendações para os teores de lipídios ou gorduras no sangue são as mesmas dos adultos, assim como apresentado a seguir:

LIPIDOGRAMA	RECOMENDAÇÃO
Triglicerídeos	< 150 mg/ dL
HDL - colesterol	Para homens: > 40 mg/ dL Para mulheres: > 50 mg/ dL
LDL - colesterol	< 160 mg/ dL

- Pressão arterial:**
A avaliação da pressão arterial e a classificação da hipertensão arterial sistêmica entre idosos seguem a mesma padronização adotada para indivíduos adultos (BRASIL 2006b).

- **Glicemia:**

A avaliação da glicemia e a classificação do diabetes mellitus entre idosos seguem a mesma padronização adotada para indivíduos adultos (BRASIL 2006c).

- **Perda de peso:**

Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não-intencional de, no mínimo, 4,5kg ou de 5% do peso corporal no último ano são indicativos que exigem medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.

Instrumentos para a operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança de plataforma e estadiômetro vertical;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do IMC;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para o idoso;
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN;
- Caderneta de saúde do idoso.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- a) Pesar e medir o idoso, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN e adaptando a aferição de medidas para aqueles que não conseguem ficar em pé ou tem desvios acentuados de coluna;
- b) Calcular o IMC do idoso e classificar seu estado nutricional;
- c) Avaliar os hábitos alimentares do idoso, a disponibilidade e variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- d) Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos;
- e) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal, etc);
- f) Outros aspectos importantes a serem avaliados na assistência ao idoso:
 - Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
 - Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para se alimentar;
 - Perda de apetite, diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
 - Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos;
 - Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
 - Algum motivo que o faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia;
 - Alterações de peso recentes;

- Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

Análise dos dados encontrados

- a) Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:

Apresentar ao idoso ou a seu responsável o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. São situações que indicam alerta entre idosos: sobrepeso; baixo peso; e ocorrência de perda de peso significativa nos últimos meses.
- b) Orientações a partir dos achados clínicos e bioquímicos:

Orientar o idoso ou seu responsável quanto aos resultados dos exames clínicos e bioquímicos (anemia, dislipidemias, etc) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames. Avaliar a necessidade de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).
- c) Orientações sobre alimentação:

Orientar o idoso ou seu responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e garanta a manutenção ou restabelecimento da saúde. Fundamentar as orientações nos “10 passos da alimentação saudável” e avaliar a necessidade de realizar modificações dietéticas quanto à consistência da alimentação, dependendo da situação de saúde do idoso. Trabalhar a estratégia de educação alimentar e nutricional, valorizando referências favoráveis à nutrição e saúde presentes na cultura alimentar do indivíduo e/ou de sua família.

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA IDOSOS:

- Verifique a presença de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente o idoso para uma alimentação adequada de acordo com as recomendações. Fundamente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável”;
- Investigue dislipidemias e ofereça orientações pertinentes ao resultado do lipidograma;
- Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular sob orientação;
- <u>No caso de baixo peso:</u> investigue possíveis causas com atenção especial para o consumo alimentar insuficiente e situações de catabolismo intenso; encaminhe a um serviço especializado para orientar quanto ao uso de alimentação especial, visando ao ganho de peso;

Resumo de informações coletadas:

Baseado no exposto acima, o atendimento nutricional na atenção básica realizada com pacientes idosos deve coletar as seguintes informações:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Raça/cor;
- Data do atendimento;
- Peso;
- Altura;
- Classificação segundo o IMC;
- Hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- Exames clínicos e bioquímicos;
- Outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes.



Periodicidade de registro no SISVAN Web para idosos:

Recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar do idoso no SISVAN Web a partir dos 60 anos.

OBSERVAÇÃO: Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano. Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente.

Vigilância alimentar e nutricional na atenção básica: proposta de atendimento prevista para esta fase da vida

IDOSOS		
FASE DA VIDA	CONSULTAS	OBSERVAÇÃO
≥ 60 anos	3 consultas médicas/ ano 3 consultas de enfermagem/ ano 2 atividades educativas/ ano 1 hemograma completo/ano 1 glicemia em jejum/ano 1 lipidograma completo/ano	Monitorar alimentação e alterações de peso corporal.

GESTANTES

Público:
Compreende todas as mulheres em idade fértil que estejam grávidas.

Conceitos específicos para esta fase da vida:

• Classificação do estado nutricional:

Para a classificação do estado nutricional, recomenda-se a utilização do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, sendo identificadas quatro classificações possíveis: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. Para tanto, é necessário avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) da gestante e a idade gestacional. Também é muito importante a avaliação do ganho de peso gestacional, determinada segundo o trimestre de gravidez em que se encontra a mulher no momento da consulta. Para maiores informações sobre a análise de dados antropométricos entre gestantes, consulte o capítulo correspondente na publicação “Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL *no prelo*).

• Anemia ferropriva e falciforme:

A anemia carencial é reconhecida como um grande problema de saúde pública em todo o mundo especialmente em países em desenvolvimento além de ser uma complicação clínica bastante freqüente e importante na gravidez. As conseqüências da anemia ao longo da gravidez são prejudiciais tanto para a mãe como para a criança. Quando esta ocorre no início da gestação, determina o ganho de peso inadequado pela gestante e o aumento de duas vezes ou mais na incidência de parto prematuro de recém-nascidos de baixo peso. Quando o nível de hemoglobina encontra-se abaixo de 6 a 7 g/dl, a gestante pode desenvolver insuficiência cardíaca de alto débito, com risco para sua saúde e ainda maior para o feto (RIBEIRO et al. 1995).

A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia nutricional atualmente, seguida da anemia megaloblástica por deficiência de ácido fólico. A distribuição normal da hemoglobina na gestante varia segundo sua idade, período gestacional e prática de tabagismo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o ponto de corte para classificação de gestantes com anemia é de 11,0 g/d e anemia grave quando a hemoglobina é inferior a 7g/dl (WHO 2001).

Quanto à anemia falciforme, sua detecção é realizada por meio da eletroforese da hemoglobina (consulte o protocolo do SISVAN de crianças para maiores informações sobre a anemia falciforme).

• Lipidograma:

Para gestantes, as recomendações para os teores de lipídios ou gorduras no sangue são as mesmas dos adultos, assim como apresentado a seguir:

LIPIDOGRAMA	RECOMENDAÇÃO
Triglicerídeos	< 150 mg/ dL
HDL - colesterol	> 50 mg/ dL
LDL - colesterol	< 160 mg/ dL

• Pressão arterial:

As complicações relacionadas à hipertensão arterial primária ou crônica pré-existente na gestação são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal (prematuridade e retardo do crescimento fetal) e ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações. Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

O diagnóstico de hipertensão arterial inclusive a gestacional é feito pela medida da pressão sistólica (PAS) e diastólica (PAD) conforme os parâmetros determinados para adultos (BRASIL 2006b).

Ainda no período pré-gestacional recomenda-se avaliar a pressão arterial para diagnóstico precoce da hipertensão arterial. Durante a gestação o acompanhamento da pressão arterial deve fazer parte da avaliação de rotina durante todas as consultas de pré-natal e deve ser avaliado em conjunto com a verificação do aumento súbito de peso corporal (ganho de peso superior a 500 g por semana) e/ ou presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana de gestação. Tal diagnóstico é um dos critérios para a determinação de uma gestação de risco, pois é fator de risco para pré-eclâmpsia. Para maiores informações sobre condutas acompanhamento e condutas da gestante consulte a publicação “Manual Técnico: pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada” (BRASIL 2006f).

• Glicemia:

Geralmente, as mulheres desenvolvem diabetes gestacional por um defeito funcional e não-imunológico nas células que prejudica sua capacidade para compensar a resistência insulínica da gravidez. Quando o defeito é menos intenso, manifesta-se mais tardiamente; quando mais intenso, manifesta-se precocemente.

A macrosomia fetal está associada com complicações perinatais, tais como: a morbidade materna, traumas de nascimento, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia e mortalidade perinatal. As principais causas do desenvolvimento da criança macrossômica são: a hiperglicemia, que leva ao maior suprimento de glicose ao feto; o aumento dos hormônios adreno-corticais pela mãe, que favorece a passagem da glicose para o feto; o aumento da secreção de insulina pelo feto; o aumento da produção de hormônio do crescimento pelo feto; e fatores hereditários. Há evidências de que filhos de gestantes com diabetes gestacional são mais vulneráveis a desenvolver obesidade e tolerância diminuída à glicose na vida adulta (ADA, 2004).

A avaliação da glicemia e a classificação do diabetes mellitus entre gestantes seguem a mesma padronização adotada para indivíduos adultos. O ponto de corte para o diagnóstico do diabetes gestacional a partir da glicemia de jejum é de 126mg/dl; para a glicemia de duas horas é de 140mg/dl, assim como é realizado para o diagnóstico de tolerância à glicose diminuída fora da gestação (BRASIL 2006c).

Instrumentos para a operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança de plataforma e estadiômetro vertical.
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do IMC;
- Cartão da Gestante do Ministério da Saúde;
- Gráficos ou tabelas para avaliação do estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para a gestante;
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

Procedimentos iniciais para a avaliação do perfil alimentar e nutricional:

- a) Calcular a semana gestacional;
- b) Registra o peso pré-gestacional;
- c) Pesar e medir a gestante, segundo procedimentos apresentados no módulo de antropometria do SISVAN;
- d) Avaliar o estado nutricional da gestante a partir dos gráficos, tabelas ou disco de IMC por semana gestacional (de acordo com a classificação de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade) e o ganho de peso durante o período;
- e) Registrar os dados no prontuário e no Cartão da Gestante;
- f) Avaliar os hábitos alimentares da gestante e a disponibilidade e variedade de alimentos na família, o recebimento de benefício proveniente de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- g) Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos, incluindo hemoglobina sérica para investigação de anemia ferropriva e a prescrição de suplementos;
- h) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal, etc).

Análise dos dados encontrados:

- a) Orientações para cada situação de diagnóstico antropométrico:

Apresentar à gestante o diagnóstico encontrado, explicar o que este representa e dar as devidas orientações para cada caso. O traçado da curva de evolução do estado nutricional da mulher ao longo da gravidez deve sempre estar ascendente, inclusive nos casos de sobrepeso e obesidade, indicando ganho de peso adequado na gestação.

São situações que indicam alerta entre gestantes: sobrepeso; obesidade; baixo peso; traçado horizontal ou descendente na curva de estado nutricional da gestante; ganho de peso insuficiente para a semana gestacional identificada. Além disso, gestantes adolescentes devem ser tratadas como de risco nutricional, por somar o fato de ainda estar na fase de crescimento e desenvolvimento da adolescência a todas as modificações corporais e metabólicas da gravidez.

- b) Orientações a partir dos achados clínicos e bioquímicos:

Orientar a gestante quanto aos resultados dos exames clínicos (anemia, diabetes, dislipidemias, etc) realizados. Avaliar a necessidade de nova solicitação de exames e de encaminhamento para consulta com outros profissionais de saúde (ver periodicidade recomendada para cada caso).
- c) Orientações sobre alimentação:

Orientar a gestante quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e do bebê e que garanta um crescimento e desenvolvimento adequados ao feto. Trabalhar a estratégia de educação alimentar e nutricional, valorizando referências favoráveis à nutrição e saúde da mãe e do bebê, presentes na cultura alimentar da gestante e/ou de sua família.

QUADRO DE ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES:

- Verifique a presença de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente a gestante para uma alimentação adequada de acordo com as recomendações nutricionais. Caso ela não apresente nenhuma restrição alimentar (como diabetes ou hipertensão), trabalhe com as orientações do Guia alimentar para a População Brasileira, lembrando que a demanda calórica na gestação e lactação é maior. Oriente para o aumento da ingestão de água e outros líquidos, especialmente na lactação e sobre o aleitamento materno. <u>Atenção</u> : dietas com restrição calórica não são recomendadas na gestação, mesmo para as gestantes com ganho excessivo de peso. Observe também a presença de condições como enjôo, vômitos, pirose (azia) ou picamalácia. Nestes casos, siga as orientações de acordo com “Manual Técnico: pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada” (BRASIL 2006f).
- Para as gestantes a partir da 20ª semana e mulheres no pós-parto, oriente sobre a suplementação de ferro, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde;
- Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular sob orientação;
- Investigue dislipidemias e ofereça orientações pertinentes ao resultado do lipidograma;
- <u>No caso de baixo peso</u> : investigue possíveis causas com atenção especial para o consumo insuficiente ou o alto gasto energético (excesso de atividade física, vômitos, etc) e oriente corretamente a gestante quanto à alimentação, visando ao ganho de peso;

- *No caso de ganho de peso excessivo:* investigue possíveis causas com atenção especial ao consumo excessivo de alimentos, sedentarismo, edema. A gestante deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar para orientação específica da alimentação, prática de atividade física e cuidados quando diagnosticada hipertensão arterial em caso de edema;

Resumo de informações coletadas:

Baseado no exposto acima, o atendimento nutricional na atenção básica realizada com pacientes gestantes deve coletar as seguintes informações:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Raça/cor;
- Data do atendimento;
- Semana gestacional;
- Peso pré-gestacional;
- Peso;
- Altura;
- Ganho de peso gestacional;
- Classificação do estado nutricional;
- Presença de anemia ferropriva ou falciforme, quando houver suspeitas desses diagnósticos;
- Hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos na família e recebimento de benefício proveniente de programa de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite, etc);
- Exames clínicos e bioquímicos;
- Outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes.



Periodicidade de registro no SISVAN Web para gestantes:
Recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro durante a gestação do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar da gestante no SISVAN Web.

OBSERVAÇÃO: Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN é um dos sistemas que deve ter uma alimentação regular para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica. Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano. Portanto, o SISVAN Web deve ser alimentado mensalmente.

Vigilância alimentar e nutricional na atenção básica: proposta de atendimento prevista esta fase da vida

GESTANTES*	
CONSULTAS	OBSERVAÇÃO
2 consultas médicas/ gestação** 3 consultas de enfermagem/ gestação** 4 reuniões educativas/ gestação 1 exame de hemoglobina / gestação 2 glicemias / gestação	Monitorar ganho de peso, pressão arterial, glicemia, investigar práticas alimentares e atividade física.

* Segundo a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde, estão previstas 5 consultas especializadas e a realização de 1 TTG para gestantes de alto risco (BRASIL 2006a).
** Segundo o Manual Técnico do pré-natal e puerpério (BRASIL 2006f), durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care** 2004; 27(Suppl. 1): S5- S10.

Brasil. CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional - Relatório Final**. Fortaleza, 2007a, pp. 49-52.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília : Ministério da Saúde, 2006f.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, vol. 5. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, vol. 4. Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, *no prelo*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual da anemia falciforme para a população**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b. pp 7, 16, 17.

FAO/WHO. **Expert consultation on human vitamin and mineral requeriments**. Chapter 2. Vitamin A. Bangkok, Thailand. 1998.

Hamill PV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB, Roche AF. National Center for Health Statistics – NCHS. Growth curves for children. Birth – 18 years. **Vital Health Stat** 1977; 11 (165): i-iv, 1-74.

Le Bihan G, Delpuch F, Maire B. **Alimentação, nutrição e políticas públicas**. São Paulo: Instituto Polis, 2003 (Cadernos de Proposições para o século XXI, 4).

Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps shinfold thickness. **Am J Clin Nutr** 1991; 53: 839-846.

Must A, Dallal GE, Dietz WH. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) – a correction. **Am J Clin Nutr** 1991; 54: 773.

Ramalho RA, Saunders C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev. Nutr.** jan/abr. 2000; 13(1): 11-16.

Ribeiro JAC, Soares CB, Janarelli ALD, Ribeiro PC. Anemias na Gestação. **Ginecologia e Obstetrícia Atual** 1995; 4(1/2): 34.

Sommer A, West KP. **Vitamin deficiency: healt, survival and vison**. New York: Oxford Univesity Press. 1996.

Tanner. JM. **Foetus intro men: physical growth from conception to maturity**. 2nd ed. London: Castlenuad Publications, 1989.

The Nutriton Screanning Initiative. **Incorporating Nutrition Screening and Interventions into Medical Practice. A Monograph for Physicians**. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc., 1994.

World Health Organization. **Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programs**. Geneva. 1996. (Micronutrients series, 10)

World Health Organization. **Iron Deficiency Anaemia – Assessment, Prevention, and Control**. WHO/ NHD/ 01.3. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. – Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series nº 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

World Health Organization. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. WHO Technical Report Series nº 854. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

World Health Organization. **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

ANEXO 1 – Instrumento para avaliação da prática de aleitamento materno, introdução de alimentos e alimentação habitual da criança menor de 5 anos.

O instrumento a seguir corresponde ao formulário de marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 5 anos, que é proposto para registro no sistema informatizado do SISVAN, o SISVAN Web.

• Para crianças menores de 6 meses:

As questões para esta faixa etária têm como objetivo caracterizar a prática de aleitamento materno e identificar o tipo de alimentação que a criança está recebendo. Deve-se enfatizar que o período que está sendo avaliado corresponde à prática alimentar de ontem.

• Para crianças entre 6 meses e menos de 2 anos:

O objetivo das questões para essa fase da vida é caracterizar a introdução de alimentos, que deve ocorrer a partir dos 6 meses de idade, e a adoção de comportamento de risco tanto para a ocorrência de deficiência de ferro como para o desenvolvimento de excesso de peso. Novamente, deve-se enfatizar que muitas questões referem-se ao dia de “ontem”. Observe o tempo verbal da resposta do responsável: se estiver no presente (ex: “sim, ele come frutas”), reforce se ontem a criança comeu determinado alimento.

• Para crianças entre 2 anos e menos de 5 anos:

Nas questões para crianças nessa fase da vida, visa-se avaliar as práticas alimentares de crianças que já devem ter adotado a alimentação da família. Novamente, deve-se enfatizar que muitas questões referem-se ao dia de “ontem”. Observe o tempo verbal da resposta do responsável: se estiver no presente (ex: “sim, ele come frutas”), reforce se ontem a criança comeu determinado alimento.

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES
	Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde	
Nome completo*		Data de nascimento:*/ /
Endereço completo		
Identificação (tipo e número)		Data de preenchimento:*/ /

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR
- CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE –

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	
1. A criança ontem recebeu leite do peito? ☐ Sim (pule para a pergunta 3) ☐ Não	
2. Se não , até que idade seu filho mamou no peito? ☐ Nunca ____ meses OU ____ dias	
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) ☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses ☐ Ainda está em aleitamento materno exclusivo	
4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) ☐ Leite do peito ☐ Chá/Água ☐ Leite de vaca ☐ Fórmula Infantil ☐ Suco de fruta ☐ Fruta ☐ Papa Salgada ☐ Outros	
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS	
1. A criança ontem recebeu leite do peito? ☐ Sim (pule para a pergunta 3) ☐ Não	
2. Se não , até que idade seu filho mamou no peito? ☐ Nunca ____ meses OU ____ dias	
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) ☐ <1 mês ou nunca ☐ até 1 mês ☐ até 2 meses ☐ até 3 meses ☐ até 4 meses ☐ até 5 meses ☐ até 6 meses ☐ > 6 meses ☐ Ainda está em aleitamento materno exclusivo	
4. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) ☐ Não tomou ☐ Até 2 (copos/mamadeiras) ☐ Mais que 2 (copos/mamadeiras)	
5. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? ☐ Sim ☐ Não	
6. Ontem , a criança comeu fruta? ☐ Sim ☐ Não	
7. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? ☐ Sim ☐ Não	
8. Ontem , a criança comeu feijão? ☐ Sim ☐ Não	
9. Ontem , a criança comeu assistindo televisão? ☐ Sim ☐ Não	
10. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? ☐ Sim ☐ Não	
11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade , consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? ☐ Sim ☐ Não	
12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade ? ☐ Sim ☐ Não	
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês ? ☐ Sim ☐ Não	
14. A criança tomou refrigerante no último mês ? ☐ Sim ☐ Não	
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem ? ☐ Sim ☐ Não	
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS	
1. Ontem , quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) ☐ Não tomou ☐ Até 2 (copos/mamadeiras) ☐ Mais que 2 (copos/mamadeiras)	
2. Ontem , a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? ☐ Sim ☐ Não	
3. Ontem , a criança comeu fruta? ☐ Sim ☐ Não	
4. Ontem , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? ☐ Sim ☐ Não	
5. Ontem , a criança comeu assistindo televisão? ☐ Sim ☐ Não	
6. Ontem , a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? ☐ Sim ☐ Não	
7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	
12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável) ☐ Todos os dias (5 a 7x semana) ☐ Dia sim, dia não (3 a 4x semana) ☐ Às vezes(2 x semana ou menos) ☐ Nunca	

ANEXO 2 – Instrumento para avaliação das práticas alimentares de crianças a partir dos 5 anos.

O instrumento a seguir é semelhante às versões adotadas em pesquisas de monitoramento de práticas de risco à saúde, como o Levantamento norte-americano de Comportamentos de Risco entre Jovens (Youth Risk Behavior Survey - YRBS), realizado pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos (Center for Disease Control and Prevention - CDC). Também foi considerado o questionário adotado no VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no Brasil.

Para crianças, as perguntas devem ser realizadas para a mãe ou cuidador que tenha conhecimento sobre a rotina alimentar da mesma. Já adolescentes, adultos, idosos ou gestantes podem responder por si.

O objetivo é identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos 7 dias, que estão relacionados tanto a uma alimentação saudável (exemplo: consumo diário de feijão, frutas, verduras) como a práticas pouco recomendadas (exemplo: consumo freqüente de alimentos fritos e guloseimas).

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
	Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde	
Nome completo*		Data de nascimento:*
Endereço completo*		
Documentação (tipo, número e outras especificações)		Data de preenchimento:*

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR
- INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

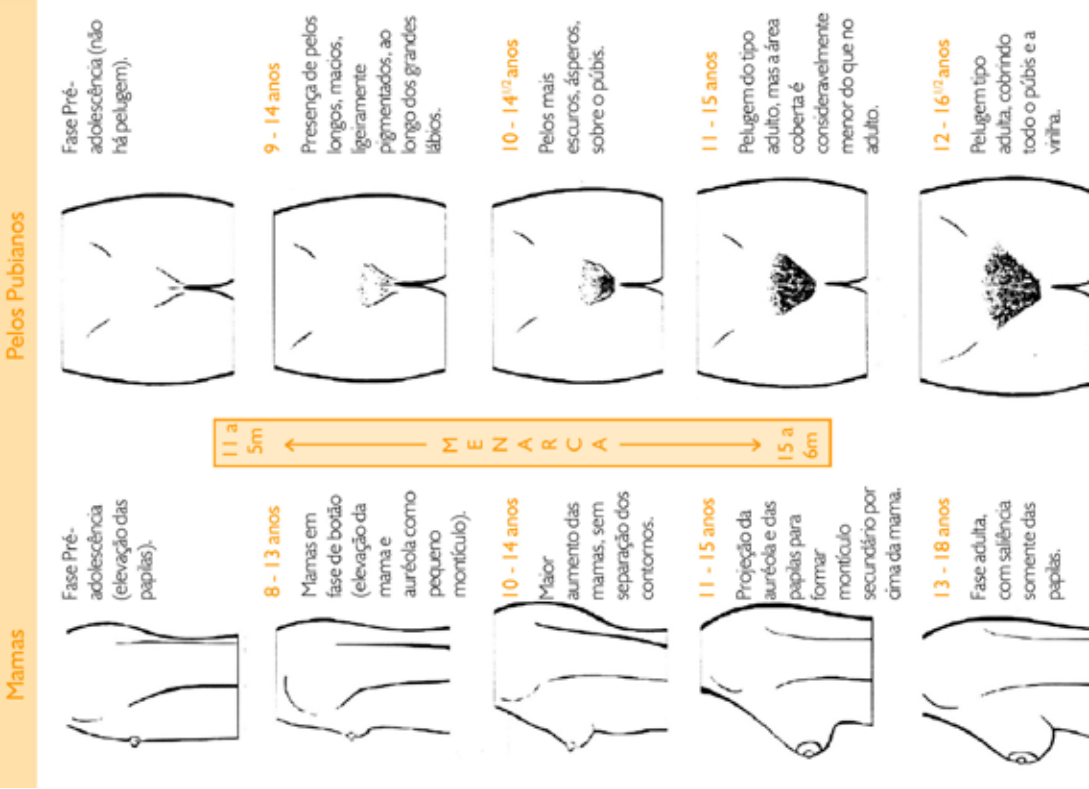
Anexo 3 - “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos”

- PASSO 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- PASSO 2 - A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
- PASSO 3 - A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.
- PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/ purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.
- PASSO 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- PASSO 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- PASSO 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Anexo 4 - “10 passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos”

- PASSO 1 – Procure oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Para que a criança aprecie a refeição, ela precisa comer devagar e mastigar bem os alimentos. Faça das refeições um momento de encontro da família e evite alimentar seu filho assistindo à TV.
- PASSO 2 – Inclua diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 – Procure oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches. Esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo. Procure variar, ao longo da semana, os tipos de frutas, legumes e verduras.
- PASSO 4 – Ofereça feijão com arroz todos os dias, ou no mínimo cinco vezes por semana. O feijão é fonte de ferro e auxilia na prevenção da anemia. Para variar, pode-se substituir o feijão por lentilha, grão-de-bico ou soja. Para melhorar a absorção do ferro, é importante associar a alimentos que são fontes de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outros. Vísceras e miúdos (fígado, moela, etc) também são fontes de ferro; procure oferecê-los à criança, pelo menos uma vez por semana.
- PASSO 5 – Ofereça diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches, e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal de seu filho. Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio, e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos.
- PASSO 6 – Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados; prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.
- PASSO 7 – Evite oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo duas vezes por semana, em pequenas quantidades.
- PASSO 8 – Diminua a quantidade de sal na comida. Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, lingüiça e outros, pois estes alimentos contêm muito sal.
- PASSO 9 – Estimule a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.
- PASSO 10 – Incentive a criança a ser ativa e evite que ela passe muitas horas assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. Saia para caminhar com ela, leve-a para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, ou seja, fazer algum tipo de atividade física.

Sexo feminino



Sexo masculino



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006e.

Anexo 6 - “10 passos para a alimentação saudável” para adolescentes, adultos e idosos

OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADOLESCENTES

- PASSO 1 - Para manter, perder ou ganhar peso, procure a orientação de um profissional de saúde.
- PASSO 2 - Se alimente 5 ou 6 vezes ao dia. Coma no café da manhã, almoço, jantar e faça lanches saudáveis nos intervalos.
- PASSO 3 - Tente comer menos salgadinho de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches de fast-food, alimentos de preparo instantâneo, doces e sorvetes.
- PASSO 4 - Escolha frutas, verduras e legumes de sua preferência.
- PASSO 5 - Tente comer feijão todos os dias.
- PASSO 6 - Procure comer arroz, massas e pães todos os dias!
- PASSO 7 - Procure tomar leite e/ou derivados todos os dias.
- PASSO 8 - Evite o consumo de bebidas alcoólicas.
- PASSO 9 - Movimente-se! Não fique horas em frente à TV ou computador.
- PASSO 10 - Escolha alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer.

OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA ADULTOS

- PASSO 1 - Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
- PASSO 2 - Inclua diariamente 6 porções do grupo do cereais(arroz, milho, trigo pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 - Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- PASSO 4 - Coma feijão com arroz todos os dias ou , pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- PASSO 5 - Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- PASSO 6 - Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
- PASSO 7 - Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
- PASSO 8 - Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça,

presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.

- PASSO 9 - Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- PASSO 10 - Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

OS DEZ PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PESSOAS IDOSAS

- PASSO 1 - Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
- PASSO 2 - Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho e trigo pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- PASSO 3 - Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- PASSO 4 - Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- PASSO 5 - Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- PASSO 6 - Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- PASSO 7 - Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
- PASSO 8 - Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- PASSO 9 - Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- PASSO 10 - Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Materiais de apoio às ações da vigilância alimentar e nutricional



Cadernos de Atenção Básica:
Obesidade – nº12



Cadernos de Atenção Básica:
Carências de Micronutrientes – nº20



Folder: Saiba como evitar as deficiências nutricionais



Manual para os ACS:
Alimentação e Nutrição para as Famílias do Bolsa Família



Dez Passos para uma Alimentação Saudável



Guia alimentar para crianças menores de 2 anos



Guia alimentar para a população brasileira



Álbum seriado: O que é vida saudável?

ESTAS E OUTRAS PUBLICAÇÕES SOBRE O TEMA ESTÃO DISPONÍVEIS PARA **DOWNLOAD** NO SITE DA COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CGPAN: www.saude.gov.br/nutricao

